

BERNARD SCHWARTZ, PH.D. • JOHN V. FLOWERS, PH.D.

COMO FALHAR NA RELAÇÃO?

Os **50 ERROS**
QUE OS TERAPEUTAS
MAIS COMETEM



ePUB

Casa do Psicólogo®

DADOS DE ODINRIGHT

Sobre a obra:

A presente obra é disponibilizada pela equipe [eLivros](#) e seus diversos parceiros, com o objetivo de oferecer conteúdo para uso parcial em pesquisas e estudos acadêmicos, bem como o simples teste da qualidade da obra, com o fim exclusivo de compra futura.

É expressamente proibida e totalmente repudiável a venda, aluguel, ou quaisquer uso comercial do presente conteúdo.

Sobre nós:

O [eLivros](#) e seus parceiros disponibilizam conteúdo de domínio público e propriedade intelectual de forma totalmente gratuita, por acreditar que o conhecimento e a educação devem ser acessíveis e livres a toda e qualquer pessoa. Você pode encontrar mais obras em nosso site: [eLivros](#).

Como posso contribuir?

Você pode ajudar contribuindo de várias maneiras, enviando livros para gente postar [Envie um livro](#) ;)

Ou ainda podendo ajudar financeiramente a pagar custo de servidores e obras que compramos para postar, [faça uma doação aqui](#) :)

"Quando o mundo estiver unido na busca do conhecimento, e não mais lutando por dinheiro e poder, então nossa sociedade poderá enfim evoluir a um novo nível."

eLivros.love

Converted by [ePubtoPDF](#)

Como **falhar na relação?**

Os **50 erros que os terapeutas mais cometem**

Bernard Schwartz, Ph.D.

John V. Flowers, Ph.D.

Prefácio de Arnold A. Lazarus, Ph.D., ABPP

1ª Edição

2006

Casa do Psicólogo®

Como **falhar na relação?**

Os 50 erros que os terapeutas mais cometem

Bernard Schwartz, Ph.D.

John V. Flowers, Ph.D.

Este livro é um guia útil para profissionais experientes e também para os que estão iniciando a prática clínica ou em estágio de formação terapêutica. Aponta os erros que podem acarretar prejuízo aos clientes e, em muitos casos, até mesmo levá-los a desistir do tratamento ou a procurar outros terapeutas que lhes pareçam mais capacitados, atentos, preparados. A obra propicia uma reflexão sobre o trabalho, apresenta as dúvidas mais comuns e propõe alternativas para lidar com as dificuldades profissionais.

Nota da edição americana

Esta obra tem como objetivo oferecer informações detalhadas e confiáveis sobre o assunto da capa. Ela é vendida subentendendo-se que o editor não esteja engajado em prestar serviços psicológicos, médicos ou de outra natureza.

Os livros da Coleção Terapia na Prática contêm respostas para as perguntas “O que devo fazer agora e como devo proceder?” na prática da psicoterapia, oferecendo sabedoria e experiência de profissionais especializados para o terapeuta em processo de aprendizado. Porém, um livro não deve substituir o treinamento profissional constante e intenso e o respeito aos padrões éticos e legais.

No mínimo, para a prática da psicoterapia:

- O profissional deve ser devidamente qualificado;
- Clientes só participam de sessões terapêuticas consentidamente;
- O terapeuta não deve “garantir” um resultado específico.

Robert E. Alberti, Ph.D., Editor

Dedicatória

Aos pacientes, terapeutas e pesquisadores, cujos *insights* iluminam estas páginas.

Bernard Schwartz

John V. Flowers

© 2006 Bernard Schwartz and John Flowers

© 2009 Casapsi Livraria, Editora e Gráfica Ltda.

É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.

1ª Edição

2009

Editores

Ingo Bernd Guntert e Christimie Gradvohl Colas

Assistente Editorial

Aparecida Ferraz da Silva

Produção Gráfica, Editoração Eletrônica & Capa

Ana Karina Rodrigues Caetano

Tradução

Laura Gillon

Revisão de Tradução

Christiane Gradvohl Colas

Revisão de Técnica

Irene Leme

Revisão Gramatical

Flavia Okumura Bortolon

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Schwartz, Bernard

Como falhar na relação? os 50 erros que os terapeutas mais cometem

Bernard Schwartz, John V. Flowers; prefácio de Arnold A. Lazarus; [tradução Laura Karin Gillon], — São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

Título original: how to fail as therapist.

Bibliografia.

ISBN 978-85-7396-627-5

1. Pacientes de psicoterapia 2. Psicoterapia — Métodos 3. Psicoterapeuta e paciente 4. Relações profissional — Paciente 5. Serviços de saúde mental -

Utilização 1. Flowers, John V. II. Lazarus, Arnold A. III. Título.

08-11493 CDD-616.8914

NLM-WM 420

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicoterapeutas e pacientes: Psicoterapia: Ciências médicas 616.8914

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

Reservados todos os direitos de publicação para o Brasil

Casapsi Livraria, Editora e Gráfica Ltda.

Rua Santo Antônio, 1010 Jardim México 13253-400 Itatiba/SP Brasil

Tel.: (11) 4524-6997 Site: www.casadopsicologo.com.br

Sumário

Nota da edição americana

Dedicatória

Prefácio

Apresentação à edição brasileira

Introdução

Falhas no reconhecimento das nossas limitações como terapeutas

I Como errar antes mesmo de começar a terapia

Falhas ao lidar com as expectativas do cliente quanto à terapia

Falhas ao avaliar as experiências anteriores do cliente com psicoterapia

Falhas ao explicar as expectativas do terapeuta com relação ao processo terapêutico

Falhas ao preparar os clientes para a multiplicidade de emoções que a terapia provoca

Falhas no enquadramento das expectativas de sucesso do cliente

Falhas ao compreender como nossas suposições afetam as práticas terapêuticas

II Como fazer avaliações incompletas

Ignorando o nível de “estágio de mudança” ou de comprometimento do cliente

Falhas ao avaliar a reação psicológica

Subutilização dos instrumentos de avaliação clínica

Falhas ao contestar os “falsos autodiagnósticos” do cliente

Falhas ao avaliar as condições físicas ou clínicas

Ignorando os recursos do paciente

III Como ignorar a ciência

Falta de atenção em relação aos dados

Atenção ao emissor e não à mensagem

A teoria e seu rigor mortis

IV Como evitar a colaboração do cliente

Determinação unilateral das metas

Falhas ao desenvolver metas de colaboração nas sessões iniciais

Falhas ao fazer o cliente participar do agendamento das sessões

V Como destruir o relacionamento terapeuta-paciente

Ênfase na técnica em lugar da construção do relacionamento

Falha na comunicação com empatia suficiente e outras demonstrações de apoio

A crença de que a empatia e o olhar incondicionalmente positivo significam gostar do seu paciente

Falhas ao estimular o feedback do cliente no trabalho

A falta de atenção ao *feedback* verbal e não-verbal do cliente

Reação defensiva ao *feedback* negativo do cliente

VI Como estabelecer limites incorretos entre o terapeuta e o cliente

Excesso de identificação com o paciente

Abuso dos níveis de intimidade física

Estabelecimento de limites excessivamente rígidos

Inadequação dos níveis de intimidade quanto à vida do terapeuta

Falhas no estabelecimento de limites de disponibilidade para contato com o cliente fora das sessões.

VII Como fazer com que o paciente não se envolva no cumprimento das metas

Desenvolvimento unilateral da atividade fora da sessão

Falhas na preparação adequada dos clientes para as “tarefas”

Falhas ao oferecer o feedback de apoio com o objetivo de aumentar a confiança

VIII Como piorar atitudes que já são ruins

Problemas ao preparar o cliente para a mudança de atitude

Adoção de estratégias passivas de aprendizado

Falhas ao ouvir as principais crenças do cliente

Falhas ao explicar que as atitudes não são características imutáveis

IX Como evitar o confronto com os pacientes

Reação passiva diante do comportamento improdutivo do cliente

Reação agressiva ou insensível

X Como fazer com que os clientes recusem o uso de remédios

Falhas ao preparar os clientes com antecedência para um possível uso de medicamentos

Falhas ao preparar-se para as objeções, preocupações e resistência ao uso de medicamentos por parte do cliente

XI Como não encerrar uma terapia

Falhas ao abordar o término do tratamento no início da terapia

Falhas ao seguir os procedimentos corretos de encerramento

Falhas na interpretação do fim da terapia como abandono

Falhas ao preparar-se para lidar com o mito da terapia por tempo determinado

XII Como chegar ao desgaste total do terapeuta

Falhas ao monitorar seu próprio bem-estar

Falhas ao dosar trabalho e lazer

Falta de atenção aos limites da “zona de conforto” do ambiente

Superespecialização

XIII Considerações finais: a capacidade humana de recuperação

Subestimando a capacidade humana de recuperação

Apêndice A

Questionário de autoavaliação do terapeuta

Apêndice B

Instrumentos de avaliação: questões clínicas

Literatura recomendada

Literatura em português

Referências bibliográficas

Prefácio

Existe um terreno muito perigoso e escorregadio na prática bem-sucedida da psicoterapia que quase nunca é mostrado nos programas de graduação ou aulas de prática médica. Na verdade, ele raramente é mencionado. As principais atividades curriculares em psicologia, psiquiatria, aconselhamento e assistência social têm como foco as várias teorias, protocolos de pesquisa, instrumentos de avaliação, procedimentos psicométricos, métodos de aconselhamento e técnicas clínicas, mas têm pouco a oferecer nos casos de decisões terapêuticas básicas e mais importantes. Em outras palavras, não se dá a devida atenção formal à arte e à criatividade necessárias para fazer as entrevistas/sessões e lidar com pequenos lapsos ou falhas de avaliação que podem arruinar os relacionamentos.

Perdi a conta de quantos formandos brilhantes estudaram durante anos, obtiveram as notas mais altas em todas as matérias, mas faltou-lhes a noção clara de como falar com o paciente. Eles acumularam muitos dados relativos à parte teórica estrutural, leram com maestria a obra de grandes especialistas, tornaram-se capacitados ouvindo opiniões e crenças, principalmente após assistirem a horas de filmes com os melhores terapeutas, mas sua formação deixou lacunas no que diz respeito aos sutis detalhes de relacionamento com o paciente. Quase em pânico, perguntavam: “O que devo dizer no início? Como quebrar o gelo?”. Os doutores Bernard Schwartz e John Flowers preencheram essas lacunas de uma forma agradável, com muitas dicas, estratégias e intervenções exatas obtidas principalmente a partir da pesquisa sobre a eficácia clínica e de suas próprias experiências,

Fico apavorado ao lembrar dos anos 1960, quando eu, um recente Ph.D. em psicologia clínica, fui considerado competente e qualificado para as consultas particulares e entrei no meu consultório com móveis novíssimos para atender aqueles que precisavam de cuidados psicoterapêuticos. Agora, com a vantagem de uma experiência acumulada que chega a quase 48 anos, não seria um exagero dizer que eu não sabia praticamente nada. Dessa experiência, pouco eu poderia levar para dentro do consultório. Talvez o melhor conselho que recebi foi o de um supervisor durante um dos meus estágios como interno em um hospital de Londres. “Seja você mesmo, mas preste atenção aos seus sentimentos”, ele disse. Em outras palavras, não seja escravo de uma teoria rígida; não siga as regras, confie na sua intuição, porém, sempre com questionamentos e lembre-se de manter seu cérebro em funcionamento.

Enquanto eu lia a prova deste livro antes da impressão, imaginei o impacto que esta leitura, em 1960, teria sobre a minha carreira. Certamente, muitas das habilidades, táticas terapêuticas e respostas para os quebra-cabeças clínicos que precisavam ser alcançadas da maneira mais difícil — por tentativa e erro —, teriam aperfeiçoado meu repertório clínico de forma quase instantânea. A leitura teria me capacitado a construir uma trajetória para pular muitos

obstáculos e grandes dificuldades fora do caminho. É o que acontece a qualquer pessoa que leia o livro hoje: ela receberá, “de bandeja”, preciosíssimas e sábias dicas clínicas! Isto não quer dizer que eu concorde com tudo o que está no livro. Mas esta é a melhor parte: ele estimula você a pensar, e os doutores Schwartz e Flowers, é claro, pensaram, leram e fizeram experiências de forma muito criativa para criar um livro tão útil. Se você trata, treina ou faz aconselhamento, ou se atua na área de supervisão clínica, ele facilitará muito o seu trabalho, além de torná-lo mais eficaz.

Arnold A. Lazarus, Ph.D.. ABPP

Prof. Emérito da Universidade de Psicologia Rutgers e Diretor

Executivo do Instituto Lazarus, Skillman. New Jersey

Apresentação à edição brasileira

Como falhar na relação? Os 50 erros que os terapeutas mais cometem é um guia útil tanto para os profissionais experientes como para aqueles que estão iniciando a prática clínica ou em estágio de formação terapêutica.

Seus autores, Bernard Schwartz e John V. Flowers são doutores, professores de psicologia, supervisores de prática clínica, terapeutas e têm inúmeros livros e artigos publicados.

A vivência de muitos anos no acompanhamento de jovens terapeutas e no aconselhamento de colegas mais experientes levou-os a compilar os erros que os psicólogos mais cometem no exercício da clínica.

São erros que podem acarretar prejuízo aos clientes e em muitos casos até mesmo levá-los a desistir do tratamento ou a procurar outros profissionais que lhes pareçam mais capacitados, atentos, preparados, como se verá nos diversos exemplos apresentados.

Por se tratar de obra escrita originalmente para o público norte-americano, a abordagem é a cognitivo-comportamental, bastante difundida nos Estados Unidos. O leitor atento, porém, perceberá que os erros descritos pelos autores e as soluções sugeridas aplicam-se a qualquer situação de terapia, transcendendo sua base teórica. O que está em foco, na verdade, é sempre a relação, o vínculo entre o profissional e seu cliente.

Em que pesem as muitas semelhanças entre os percalços vividos por terapeutas no Brasil e nos Estados Unidos, foram necessárias algumas adaptações para certas especificidades brasileiras, principalmente no que se refere aos instrumentos de avaliação disponíveis e às questões legais e deontológicas.

Sem jamais perder de vista que a Psicologia não é uma ciência exata e que não há — e não deve haver — receitas prontas ou fórmulas mágicas a serem seguidas pelo psicólogo, existe uma demanda crescente por obras que permitam, ao mesmo tempo, a reflexão sobre o trabalho, a consulta sobre dúvidas comuns e a apresentação de alternativas para lidar com as dificuldades profissionais.

São pouquíssimos os títulos disponíveis no Brasil voltados para questões práticas do cotidiano profissional do psicólogo, independentemente de sua área de atuação. Com este livro, pretendemos começar a suprir essa carência. Esperamos que, além de útil, sua leitura estimule a produção de mais e mais títulos.

Christiane Gradvohl Colas

Editora

Introdução

Em um livro lançado recentemente, os terapeutas tinham que relatar um exemplo de erro terapêutico em suas carreiras. Um dos profissionais confidenciou que seria praticamente impossível citar apenas um exemplo, já que ele errava muitas vezes ao longo do dia.

Glasser, 2002

Dependendo do estudo que você ler, entre 20% e 50% dos pacientes não retornam após a primeira sessão. Outros 37% a 45% só vão, ao todo, a duas sessões de terapia.

Cross & Warren, 1984

Vejamos: de um lado, altos índices de desistência nos tratamentos terapêuticos e, de outro, alta incidência de erros dos terapeutas... Não é preciso ter um título de Ph.D. em psicologia clínica para desconfiar da existência de uma relação entre os dois fatores. Na verdade, os clientes costumam apontar a insatisfação com seus terapeutas como o motivo para o término antecipado da terapia (Acosta, 1980; CROSS & Warren, 1984; Hynan, 1990). E os clientes que interrompem o tratamento precocemente apresentam resultados inferiores, superutilizam os serviços de tratamento mental e desmoralizam os terapeutas. É um gráfico impressionante: da insatisfação do cliente à desistência, aos resultados inferiores, aos clínicos desmoralizados que podem — eles mesmos — precisar de terapia...

Pior: um estudo sequenciado sobre a desistência dos pacientes concluiu que a maioria dos terapeutas ou não sabia por que seus pacientes interromperam as sessões, ou acreditava estarem satisfeitos com o tratamento. Porém, seus clientes podiam apontar “erros terapêuticos” muito específicos ou deficiências do terapeuta como, por exemplo, sentir-se desconfortáveis ao falar com ele (Hynan, 1990). A conclusão é que nós, terapeutas, somos tão especialistas em negação, decepção e racionalização (dependendo da sua escola de pensamento) quanto nossos clientes.

Agora, a boa notícia (afinal de contas, a terapia deve ser otimista): existem algumas estratégias estruturadas em boas pesquisas que diminuem comprovadamente os índices de desistência e aumentam os resultados positivos dos tratamentos. Por exemplo, em um dos estudos, uma simples ligação telefônica para confirmar a primeira consulta do cliente resultou na diminuição das desistências em dois terços. Infelizmente, é muito trabalhoso buscar e consultar pesquisas relevantes, pois estão espalhadas na literatura — um artigo aqui, outro capítulo de um livro ali etc. E, infelizmente, a maior parte dos profissionais de saúde mental, com e sem especialização, quase não prioriza a leitura de pesquisas.

Portanto, uma tarefa muito importante ao escrever este livro foi agrupar, organizar e condensar a grande quantidade de pesquisas abordando a eficácia

terapêutica. Acreditamos que as decisões sobre os tratamentos deveriam basear-se na melhor pesquisa científica disponível. Antigamente, não era assim. Por exemplo, ao longo do século passado, alguns especialistas “renomados” concluíram que as mães eram responsáveis pelos desequilíbrios emocionais de seus filhos: o autismo era supostamente causado por mães desapegadas; a asma, por mães opressoras; e a esquizofrenia, por mães que enviavam mensagens “confusas”.

Essas ideias não tinham embasamento científico, mas eram descritas por meio de experiências pessoais, “bom-senso” e uma dose generosa de megalomania. Resultado: inúmeros pais com sentimento de culpa sofreram desnecessariamente durante décadas, até que a pesquisa descobrisse as bases biológicas desses e de muitos outros desequilíbrios emocionais.

Começaremos nossa exploração dos 50 erros terapêuticos mais comuns, abordando os estágios iniciais da terapia. No Capítulo I, “Como errar antes mesmo de começar a terapia”, avaliamos como os profissionais costumam errar ao examinar as expectativas dos clientes e de que forma esse erro acarreta resultados terapêuticos negativos. O Capítulo II, “Como fazer avaliações incompletas”, discute fatores clínicos geralmente ignorados, como o “estágio de mudança” e a “reação psicológica”, que podem criar um grande impacto sobre as decisões do tratamento. A seguir, no Capítulo III, “Como ignorar a ciência”, identificamos vários fatores que impedem os terapeutas de trabalhar com base em protocolos de tratamento cientificamente pesquisados.

Uma das áreas mais pesquisadas na psicoterapia envolve a construção da “parceria de trabalho” terapeuta-cliente. No Capítulo IV, “Como evitar a colaboração do cliente”, e no Capítulo V, “Como destruir o relacionamento terapeuta-cliente”, investigamos os erros clínicos que fazem muitos clientes se sentir “negligenciados”, apesar dos grandes esforços de seus terapeutas em expressar acolhimento e empatia. Também identificamos erros comuns na busca e na resposta ao *feedback* do cliente sobre o relacionamento terapêutico. O Capítulo VI, “Como estabelecer os limites incorretos entre o paciente e o terapeuta”, analisa os erros na demarcação dos limites como superidentificação e fusão com o cliente, limites muito rígidos e liberdade indevida, como quando o terapeuta fala com o paciente sobre si.

Nos Capítulos VII a XI (“Como fazer com que o paciente não se envolva no cumprimento das metas”; “Como piorar atitudes que já são ruins”; “Como evitar o confronto com os pacientes”; “Como fazer com que os clientes recusem o uso de remédios”; e “Como não encerrar uma terapia”), analisamos os erros terapêuticos ao longo do próprio processo de tratamento.

O Capítulo XII, “Como chegar ao desgaste total do terapeuta”, descreve o “universo interior” do terapeuta e a necessidade de cuidar de si, tão importante para os que escolheram profissões que têm a ajuda ao próximo como objetivo. Nós, os terapeutas clínicos, podemos mergulhar de tal forma nas vidas alheias, em “suas esperanças, ideias, objetivos, aspirações,

sofrimentos, medos, desespero, raiva...” (ROGERS, 1995), que corremos o risco de perder de vista nossas próprias necessidades. E sem se cuidar adequadamente, os profissionais tendem a não ser tão pacientes, receptivos e positivos quanto precisam ser. Como disse Carl Rogers, o pai da psicologia humanística, no fim de sua carreira, “Sempre fui melhor cuidando dos outros do que de mim. Porém, nos últimos anos, progredi.”

Falando sobre erros terapêuticos, Arnold Lazarus, um dos grandes inovadores na área, descreveu seu trabalho com estudantes de pós-doutorado: “Discutimos muito os erros que cometemos, os motivos pelos quais não deveríamos escondê-los e o que poderíamos aprender com eles” (Lazarus, 2002). Infelizmente, ao refletir sobre o assunto, vários terapeutas não aceitam sua falibilidade. Portanto, encerramos esta introdução apresentando o que consideramos como o primeiro e principal erro terapêutico: falhas ao reconhecermos nossas limitações como terapeutas. (Cada erro terapêutico descrito neste livro é seguido pela seção “Como evitar o erro”, que oferece estratégias práticas para aperfeiçoar a eficácia clínica).

Erro nº 1

Falhas no reconhecimento das nossas limitações como terapeutas

A diferença entre as boas mães e as más não é a responsabilidade pelos erros, mas o que elas fazem com eles.

Winnicott, 1997

Uma das principais formas de aprender é por meio dos erros. Eles fornecem pistas para o crescimento posterior.

Lazarus, 1977

Após anos de estudos, exames, supervisão, pós-graduação, é bastante natural que nós, profissionais da área de saúde mental, acreditemos ter (ou que deveríamos ter) todas as respostas para as questões clínicas e que jamais podemos errar. Então, quando os pacientes falam de suas preocupações com o seu progresso ou, pior ainda, quando desistem do tratamento ou seu caso se agrava quando estão sob nossos cuidados, existe uma tendência a não aceitar a responsabilidade pelos possíveis erros terapêuticos que tenhamos cometido. É mais fácil apontar o dedo para outro lugar: “talvez os problemas fossem muito sérios e o paciente não estivesse pronto ou disposto a mudar; o problema era biológico”. Essas explicações, mesmo que parcialmente válidas, evitam que nos engajemos em um processo de autorreflexão ou em uma avaliação do que pode ter saído errado em determinado caso.

O Dr. Mentor, supervisor de um curso de pós-graduação de uma renomada universidade, estava em uma reunião com um colega e mencionou que “um dos seus orientandos estava com muitas dificuldades em um caso”. O cliente estava obcecado pelos seus pensamentos “impuros”, pensamentos que acreditava serem pecaminosos e que poderiam resultar em consequências

espirituais desastrosas para ele. O tratamento-padrão para a obsessão não estava funcionando e, na verdade, o cliente estava piorando. O colega sugeriu algo que o supervisor achou bastante útil. Pouco tempo depois, o supervisor confessou ao colega que fizera a sugestão que o “obcecado” era, na verdade, um dos seus próprios casos, e não o de um aluno. Disse ele: “Minha função é ser um especialista no tratamento de transtornos obsessivo-compulsivos e eu estava muito envergonhado para admitir que precisava de ajuda”.

Nessa situação, embora o Dr. Mentor tenha utilizado um pequeno subterfúgio no processo, ele foi capaz de admitir que precisava de ajuda externa para o seu caso difícil, e isto fez com que se tornasse um clínico mais eficaz.

Este livro baseia-se na premissa de que todos nós falhamos uma vez ou outra nas nossas práticas clínicas. Alguns pacientes interromperão inesperadamente o tratamento; outros reclamarão com razão da falta de progresso e outros, ainda, irão nos decepcionar. Podemos nos atrasar para uma sessão, errar ao cobrar uma consulta, ou até agendar dois pacientes na mesma hora. Parece não haver outra solução para a nossa falibilidade a não ser a negação, e nós, como terapeutas, sabemos muito bem quais são as consequências da negação.

A aceitação da nossa falibilidade traz muitos efeitos positivos. Ela nos mantém humildes, lembrando-nos de que não temos todas as respostas. A consciência das nossas imperfeições também pode nos conduzir rumo ao aperfeiçoamento de nossas habilidades, mantendo-nos atualizados, consultando nossos colegas e participando de *workshops* pela alegria de aprender, e não apenas para aumentar os créditos em nossos currículos. A aceitação também nos liberta de muitos fardos: as desculpas elaboradas para nossos erros (culpando o cliente ou as circunstâncias), os sentimentos de culpa (não precisamos ser perfeitos) e a livre admissão dos nossos erros para nós mesmos, nossos colegas e clientes.

Como evitar o erro

1. Envolver-se nas mesmas intervenções cognitivas que utilizaria com um cliente. Por exemplo, se um cliente interromper o tratamento antes do tempo previsto, no começo você pode sentir-se péssimo. Porém, compare o seu índice de interrupções com os padrões que, como mencionamos neste capítulo, podem chegar a 50%. Felizmente, ao considerar todos os dados, seus sucessos e suas falhas, você concluirá que seu índice de sucesso é melhor que a média. Se não for, então, talvez você deva utilizar uma ou duas ferramentas de autoavaliação incluídas neste livro.

2. Conte a um colega de confiança quando achar que errou com um cliente. Com o passar do tempo, revelar suas imperfeições fica mais fácil e diminui sua força, e seus colegas vão respeitá-lo por sua honestidade e autorreflexão.

3. Lembre-se da máxima de Carl Jung: “O perfeito é inimigo do bom”. Para combater o pensamento perfeccionista no momento de uma falha, pergunte-se: o que pode acontecer como resultado deste erro? Você também pode

utilizar a “regra dos seis meses” de Arnold Lazarus, perguntando-se: “será que em seis meses eu me lembrarei disto?”.

Na revisão da literatura sobre os “terapeutas *master*”, descobrimos que uma das características em comum entre eles é a humildade, o reconhecimento de suas próprias limitações. Como disse um famoso clínico, “os péssimos terapeutas não sabem o que não sabem” (Jennings, Sovereign & Bottorff, 2005). Esperamos que este livro sirva para lembrá-los de que todos nós estamos passando por processos evolutivos.

I Como errar antes mesmo de começar a terapia

Recente pesquisa apurou que na última década, psicólogos foram retratados em cerca de 1.500 filmes. Infelizmente, apenas 20% desses filmes apresentavam profissionais clínicos competentes, eficazes ou éticos. Os terapeutas costumam aparecer como causadores de males (*O Silêncio dos inocentes*); histéricos e sem ética (*Desconstruindo Harry*), ou simplesmente incompetentes (*Máquina Mortífera I, II, III e IV*).

J. V. Flowers e P. Frizler, 2004

Vivemos tempos em que as pessoas aceitam cada vez mais a psicoterapia como uma ferramenta útil e adequada para fazer frente aos desafios que a vida apresenta. Entretanto, quando novos clientes passam pela sua primeira sessão, trazem consigo uma miríade de expectativas e concepções sobre o processo terapêutico. Algumas delas podem ser realistas, outras não. Por exemplo, aqueles que consultaram terapeutas como os que aparecem na mídia podem acreditar que seus problemas serão identificados e solucionados instantaneamente. Outros esperam que a terapia seja como visitar um médico de família: você descreve os sintomas, o médico informa o diagnóstico e como proceder (o conceito de psicoterapia do tipo “tome duas aspirinas e fique na cama”). Na verdade, aproximadamente dois terços dos novos clientes pouco ou nada sabem sobre o complexo funcionamento da terapia. De acordo com Strupp e Bloxom (1973),

A preparação adequada tem sido associada a vários resultados positivos da terapia, como: aumento da motivação e das expectativas de melhora; avaliação do terapeuta como um profissional mais interessado, que respeita e aceita o paciente; diminuição do comportamento de busca por aprovação e um melhor entendimento do processo terapêutico e do seu papel nele.

Como indica a pesquisa, o fornecimento de informações sobre o processo terapêutico para os clientes gera muitos benefícios. Entretanto, a importância desse componente crucial do tratamento costuma ser desvalorizada ou totalmente ignorada.

Erro nº 2

Falhas ao lidar com as expectativas do cliente quanto à terapia

Perguntaram a uma cliente que sofria de ataques de pânico quanto tempo ela acreditava que demoraria para solucionar o problema, e ela respondeu com um longo suspiro: “Espero que não demore muitos anos”. Quando o terapeuta respondeu que tais problemas costumam ser solucionados em alguns meses, ela ficou muito impressionada.

Praticamente todos os terapeutas fornecem um conjunto de informações que explica questões como responsabilidades financeiras, políticas de cancelamento de sessões, limites de confidencialidade e procedimentos emergenciais. Porém, também é importante abordar as ideias preconcebidas dos clientes sobre o funcionamento da terapia, para esclarecer quaisquer erros de interpretação. O problema é que embora as questões organizacionais, legais e financeiras sejam as mesmas para todos os clientes e, portanto, fáceis de abordar, eles costumam ter expectativas variadas sobre o processo terapêutico propriamente dito, que devem ser abordadas de forma individual. Um erro comum de interpretação é sobre o tempo que será necessário para que os clientes resolvam seus problemas. Como mostra o caso anterior de ataque de pânico, alguns clientes acreditam que seus problemas podem levar mais

tempo do que o normal para serem solucionados. Por outro lado, existem os muito otimistas (de certa forma, iludidos), com problemas sérios e complexos que esperam uma “cura rápida”. Este era o caso de um alcoólatra crônico, cujo trabalho, casamento e saúde estavam em risco, mas que acreditava que “duas sessões” seriam suficientes. Na verdade, foram necessárias quase duas sessões apenas para priorizar suas metas e fornecer informações sobre a natureza e o ritmo das mudanças pessoais.

Os clientes também podem ter ideias distorcidas sobre o processo terapêutico. Por isso, é aconselhável perguntar, ao fim da primeira sessão, se o trabalho correspondeu às expectativas.

Jason, 45 anos, sofria de graves reações de estresse a uma série de situações, como jantares comemorativos, reuniões de negócios e outros eventos públicos. Ele estava preocupado principalmente com a transpiração e vermelhidão excessivas que ocorriam naquelas ocasiões. Ao final da primeira sessão, questionado se suas expectativas sobre a terapia foram atingidas, ele perguntou por que o terapeuta não deu mais atenção à sua família de origem, onde “o problema começou”. Como consequência desse diálogo, foi esclarecida a diferença entre “abordagens com base nas soluções” e as que se propõem a resolver questões do passado.

Nesse caso específico, Jason ficou aliviado ao saber que seus problemas poderiam ser resolvidos de forma relativamente rápida. Porém, alguns clientes podem preferir uma opção diferente de tratamento. Nessas ocasiões, pode-se sugerir a indicação de outro terapeuta com maiores possibilidades de identificação.

Como evitar o erro

1. Reserve tempo suficiente no fim da primeira sessão para perguntar se as expectativas do cliente foram alcançadas. Nesse momento, podem ser abordadas as seguintes questões: a importância da colaboração entre o terapeuta e o cliente; a abordagem geral do terapeuta para lidar com o tipo de problema apresentado pelo cliente; um cronograma geral da duração do tratamento; e o conceito de que o fim da terapia deve ser uma decisão mútua.

2. Se os clientes não tiverem passado por experiências terapêuticas, pergunte se os relatos das sessões terapêuticas de seus amigos ou se os meios de comunicação influenciaram suas expectativas sobre a terapia. Esclareça quaisquer expectativas imprecisas que tenham criado.

Um desses casos envolvia um cliente cuja filha adulta alegava “ter recuperado as lembranças” de abuso por parte dele quando ela era criança. Durante uma longa análise de todas as informações históricas relevantes, ele interrompeu o terapeuta e perguntou: “Quando você irá fazer a hipnose para descobrir se as alegações da minha filha são verdadeiras?”. Ele tinha expectativas originárias dos meios de comunicação e de seus conhecidos e elas deveriam ter sido abordadas no início do tratamento, para que o cliente e o terapeuta pudessem

trabalhar em conjunto. Ao longo do processo, o terapeuta explicou que a hipnose não era necessariamente confiável para coletar informações do passado. Porém, em virtude das expectativas do cliente em relação ao procedimento terapêutico, ele cancelou sua consulta seguinte e disse que procuraria alguém com experiência em hipnose.

3. As expectativas do cliente podem e devem ser abordadas com regularidade, para avaliar se houve mudanças ou se surgiram outras que não haviam sido identificadas anteriormente.

Erro nº 3

Falhas ao avaliar as experiências anteriores do cliente com psicoterapia

Scott procurou ajuda terapêutica com uma aparente fobia de voar. Porém, ao falar sobre sua experiência anterior com a terapia, o terapeuta descobriu que ele recebera tratamento para o problema seguindo um protocolo de dessensibilização total, que não obteve sucesso.

Também recebera tratamento para o distúrbio do estresse pós-traumático relacionado à morte de seu filho por overdose de drogas. Esta informação, cuja narração foi muito dolorosa, teve grande importância no desenvolvimento de um plano adequado de tratamento.

Sem uma verificação metódica do tratamento anterior, a terapia poderia ter sido improdutiva na melhor das hipóteses e, na pior, prejudicial. Também é importante descobrir se o cliente sentiu que o terapeuta anterior cometeu algum erro ao longo do processo terapêutico. As perguntas “o que ajudou mais?” e “o que ajudou menos ou foi mais inconveniente?”, podem auxiliá-lo a não repetir erros. Por exemplo, um paciente reclamou que o terapeuta fazia muitas anotações durante a sessão. Curiosamente, outros clientes reclamaram dos terapeutas que quase nunca faziam anotações e pareciam não se recordar de eventos específicos abordados em consultas anteriores.

Como evitar o erro

1. Indague sobre as experiências terapêuticas do cliente com várias questões, como:

- a. Qual foi a duração da terapia?
- b. Como terminou?
- c. Como foi o relacionamento com o terapeuta?
- d. Qual a melhor parte da experiência? E a pior?
- e. O que você gostaria de ter feito de forma diferente nas consultas?
- f. Quão diferente você está agora em relação ao início do tratamento atual, em comparação ao anterior?

2. Considere como as respostas dos clientes afetam seus pontos de vista e expectativas sobre a terapia,

- a. Pergunte ao cliente se a terapia anterior pareceu ter transcorrido em um ritmo confortável ou apressado, ou, ainda, sem dinamismo. Essa informação pode ajudar a estabelecer um plano de tratamento num ritmo mais adequado.
- b. Questione como terminou a terapia anterior. Um cliente que interrompeu o tratamento simplesmente ligando e cancelando as sessões poderá fazer o mesmo novamente. Para evitar que isso aconteça, avise aos clientes que o fim da terapia pode ser tão importante quanto o princípio, e peça que eles participem de uma sessão “de encerramento”, se possível, antes de interromper as consultas.
- c. Avalie a qualidade do relacionamento com o terapeuta anterior. Tais informações podem ajudá-lo como indicadoras dos limites do que pode ser problemático ao estabelecer a parceria de atuação. Por exemplo, um cliente pode alegar ter sentido raiva com frequência nas sessões com o terapeuta anterior. Se você souber disso com antecedência, poderá preparar-se para a recorrência de emoções similares.

Erro nº 4

Falhas ao explicar as expectativas do terapeuta com relação ao processo terapêutico

Após ter passado a sessão inteira planejando, discutindo e estabelecendo a estratégia de como melhorar o casamento de um paciente, ele se levanta e avisa que a esposa saiu da casa e está dando andamento aos papéis do divórcio.

A sessão termina e o cliente menciona que foi detido por dirigir alcoolizado e não poderá comparecer à sessão da manhã seguinte.

Os “encerramentos repentinos” como o descrito e outros impedimentos ao uso efetivo das sessões de terapia podem ser evitados se os terapeutas descreverem com clareza suas expectativas nos estágios iniciais da terapia (ou a qualquer momento, se o direcionamento da terapia mudar). É lógico que essas expectativas podem divergir, dependendo da orientação do terapeuta, e envolvem uma ampla variedade de atitudes e comportamentos, entre os quais:

- a. expectativas em relação ao papel dos contatos “fora dos horários de consulta”;
 - b. estabelecimento dos limites adequados entre o terapeuta e o cliente;
 - c. necessidade da participação ativa do cliente no agendamento dos horários e datas das sessões, e direcionamento do tratamento;
 - d. necessidade de que a terapia seja interativa e que nenhuma das partes fique presa a monólogos;
 - e. intervenções terapêuticas específicas, como interpretação de sonhos ou hipnose, utilizadas pelo terapeuta.
1. Informe aos seus clientes que sua participação ao longo do processo é

essencial e que devem ser claros e comunicar ao terapeuta quando sentirem estar fora dos trilhos no foco em questão ou em relação às recomendações do tratamento.

Por exemplo, em um dos casos, um terapeuta estava tão concentrado em trabalhar os materiais da sessão anterior, que não verificou se ocorreram novas questões desde a última consulta. Seu cliente, que já tinha conversado com o terapeuta sobre o assunto, disse: “Doutor,

o que o senhor está abordando é importante, mas agora é muito mais importante falarmos sobre a discussão que tive com o meu chefe e que provocou a minha suspensão”.

2. Quando ocorre um “encerramento repentino”, reafirme ao cliente que o assunto será abordado de forma definitiva na próxima sessão e diga, também, que é importante trazer questões cruciais o mais cedo possível para as consultas, de maneira que se estabeleça a dedicação de tempo suficiente para elas. De fato, é bom incluir este item na sua orientação inicial aos clientes.

3. Avise ao cliente que a terapia funciona melhor se, após abordar todas as questões mais problemáticas, o cliente for assistido na priorização, para que no máximo duas ou três questões sejam tratadas ao mesmo tempo. É claro que questões críticas devem ser tratadas na medida em que surgirem.

Erro nº 5

Falhas ao preparar os clientes para a multiplicidade de emoções que a terapia provoca

Um cliente, na passagem dos 20 para os 30 anos, ocupou a primeira sessão fazendo seu terapeuta conhecê-lo melhor, falando sobre detalhes de sua vida de forma desordenada, sobre sua educação e suas muitas viagens. Na segunda consulta, continuou com seus relatos, mas ficou cada vez mais agitado, na medida em que descrevia um acontecimento no qual ele foi agredido sexualmente. Nesse momento, ficou inconsolável, expressou muita raiva e vergonha e alegou que aquela experiência arruinara sua capacidade de envolvimento em relacionamentos íntimos. Apesar de se esforçar ao máximo, a terapeuta teve grandes dificuldades para administrar o descontrole emocional; e embora no dia seguinte estivesse marcada uma nova consulta, o cliente jamais voltou ao consultório, nem respondeu aos telefonemas da terapeuta.

Muitos clientes esperam que a terapia cause fortes emoções e não se preocupam com isso. Eles têm vasta experiência em dividir suas emoções e sentem-se razoavelmente confortáveis com os sentimentos negativos. Por outro lado, como ocorreu no caso descrito, alguns pacientes podem ficar muito alterados pela intensidade de suas reações emocionais ao revelar questões pessoais e recordações negativas. Em geral, esses clientes classificam-se em três categorias:

1. indivíduos altamente controlados que se “desligaram” – ou não estão conscientes – de seus sentimentos;
2. pessoas que aprenderam a fugir de fortes emoções;
3. pacientes reservados na expressão das suas emoções e geralmente hesitantes. Este é o grupo de clientes que precisa de muita preparação para explorar sentimentos negativos fortes.

Avalie cuidadosamente seus clientes para determinar sua posição no espectro, de revelador para não revelador. No caso anterior, o cliente foi muito verbal, mas tendia a não se abrir sobre os problemas emocionais que carregava. Durante a segunda consulta, começou a progredir em direção à revelação e a terapeuta deveria ter sido mais proativa ao notar o aumento na agitação durante o desenrolar da história, pedindo que o cliente se acalmasse, talvez fazendo um intervalo e, depois, avaliando com cuidado se estava pronto para lidar com questões tão perigosas.

1. Esteja atento aos sinais indicativos de que o cliente está altamente vulnerável a revelações emocionais fortes:
 - a. afirmações como "nunca contei isto a ninguém antes";
 - b. discurso fluente ao falar sobre questões impessoais e interrupções ou fluxo verbal bloqueado quando o assunto torna-se mais pessoal;
 - c. tendência à digressão ao falar de questões pessoais;
 - d. autobiografia rica, que “precisa” ser narrada de forma lógica ou cronológica;
 - e. sinais não-verbais, como o lacrimejar dos olhos, gestos faciais ou manuais nervosos e inquietude.
2. Prepare todos os clientes para o fato de que muitas emoções desconfortáveis precisam ser sentidas mais de uma vez, para serem solucionadas. Alguns pacientes têm uma reação que compara a terapia à atividade física, ou seja, se não houver sofrimento, não haverá ganho. Tais pacientes precisam ser “acalmados”, lembrando-os de que a cura leva tempo e que a terapia não é um esporte competitivo.

Erro nº 6

Falhas no enquadramento das expectativas de sucesso do cliente

Na psicoterapia interpessoal para depressão (IPT), os pacientes são informados no início do tratamento que “acreditar na sua recuperação é excelente e estarão envolvidos de maneira ativa na terapia.”

G. Klerman, 1984

Outro fator “de cura” cientificamente pesquisado com bastante intensidade é o efeito das expectativas positivas do paciente sobre os resultados da terapia. Quando os pacientes têm essa crença no estágio inicial da terapia, é provável

que seu “comprometimento ativo” no processo terapêutico seja maior, o que, por sua vez, resulta numa melhora significativa (Meyer et al., 2002). É claro que as expectativas de melhora precisam ser razoáveis em relação à extensão dos problemas dos clientes e à quantidade de tratamento pelo qual já passaram. Alimentar falsas esperanças pode ser tão prejudicial para o processo terapêutico quanto não alimentar esperança suficiente.

Na verdade, as expectativas positivas acentuam a eficácia “real” das intervenções, diminuindo a depressão, as sensações de desespero, falta de esperança e baixa energia. Elas ajudam a criar seu próprio sucesso. Além disso, o misterioso efeito placebo é fortalecido pelas expectativas positivas. É lógico que o terapeuta não deve prometer ou garantir ao cliente a solução do problema. Embora saibamos quais abordagens ajudam em questões específicas, “probabilidade” não significa “certeza”.

Como evitar o erro

1. Avalie o nível de expectativas positivas do paciente perguntando o que ele espera como resultado do tratamento. Se forem baixas, o terapeuta deverá mostrar que outros clientes com problemas similares progrediram significativamente e melhoraram a qualidade de suas vidas graças ao que experimentaram na terapia,

2. Aplique a regra dos “passos do bebê” ao tentar modificar as expectativas do cliente. Em outras palavras, a atitude nova, mais adaptável, deve ser apenas um pouco diferente da que o paciente adota no momento.

Por exemplo, seria contraproducente sugerir a pessoas altamente reservadas e ansiosas que a terapia iria transformá-las. Porém, seria indicado sugerir que a maior parte dos clientes que procuram ajuda por serem ansiosos “passam a sentir-se mais à vontade no âmbito geral” e lidam com situações difíceis de forma mais confiante.

Erro nº 7

Falhas ao compreender como nossas suposições afetam as práticas terapêuticas

Nossas suposições tácitas sobre a natureza humana influenciam inquestionavelmente a forma como vemos e servimos aos indivíduos que buscam serviços psicológicos.

M. J. Mahoney, 1991

Um novo paciente está prestes a entrar no seu consultório. Você não sabe nada sobre a pessoa; portanto, quando a vê pela primeira vez, não deve ter ideias preconcebidas — ela é uma folha em branco esperando pelas suas impressões. Verdade? De fato, nada poderia estar mais distante da verdade. Desde a infância, desenvolvemos muitas suposições sobre a natureza humana das quais não estamos conscientes, mas que podem afetar a forma como vemos e lidamos com as pessoas que amamos, nossos amigos, colegas e

clientes.

Várias suposições que afetam a prática clínica foram identificadas por Wrightsman (1992). Ao examinar cada uma das categorias, elas podem iluminar suas próprias suposições sobre a natureza humana.

1. Confiável *versus* não confiável — As pessoas são, em sua essência, confiáveis? Aqueles dentre nós que acreditam que os adultos e até as crianças sejam essencialmente dignos de confiança abordarão a terapia de forma bastante diferente do que os que acreditam no oposto. Por exemplo, como clínicos, devemos recomendar mais monitoramento e supervisão do que o habitual se acreditarmos que as pessoas não são dignas de confiança.

2. Força da determinação pessoal *versus* controle externo -- As pessoas são responsáveis pelos seus problemas ou os fatores externos podem contribuir significativamente para as dificuldades que enfrentamos ao longo da vida? Se acreditarmos que as pessoas criam completamente seus próprios destinos, teremos a tendência a exagerar nas patologias dos nossos clientes e a não ter empatia suficiente com os rumos inesperados das experiências humanas.

3. Altruísmo *versus* egoísmo — As pessoas estão preocupadas com elas mesmas, ou costumam demonstrar profunda preocupação com o bem-estar dos outros? Os clínicos que vêem as pessoas como essencialmente autocentradas verão o comportamento do cliente de forma diferente daqueles que entendem as ações de um cliente como motivadas pela preocupação com os outros. A suposição de que as pessoas estão lutando por si mesmas afetaria a forma e o ponto em que um clínico encorajaria um cliente a buscar apoio social. Por exemplo, uma paciente que experimentara pouco contato social além da família mudou-se para uma nova cidade em virtude da transferência do marido. Ela tinha comportamento social adequado, mas não fez novas amizades, principalmente porque era excessivamente cautelosa para não contar coisas importantes sobre si própria. Num primeiro momento, o terapeuta tratou da questão de relacionamento, como se ela precisasse desenvolver experiência naquela área. Porém, o verdadeiro problema era sua quase total falta de confiança nas pessoas, com base nas más experiências pelas quais havia passado na pequena cidade de onde veio.

4. Complexidade *versus* simplicidade — os seres humanos são fáceis de entender, ou somos complicados e difíceis de definir, com categorias de diagnósticos e títulos? Se as ações e vidas das pessoas podem ser reduzidas a uma simples fórmula, pode ocorrer uma tendência a utilizar abordagens “padronizadas” para todos os problemas que se apresentem, sem permitir diferenças individuais.

Uma das mais poderosas questões dos terapeutas sobre a natureza humana é se acreditamos que os seres humanos podem mudar significativamente. Aqueles que acreditam que podemos esperar somente pequenas mudanças, especialmente com alguns tipos de clientes, podem descobrir uma profecia

autorrealizável que se cumpre, na qual nossas expectativas diminuídas são refletidas nos tipos de protocolos de tratamentos que empreendemos. Na prática, comprovou-se que o pessimismo em relação a clientes como agressores sexuais, usuários de drogas que continuam com seu vício e outros, que vêm para a terapia não por vontade própria afeta muito os resultados terapêuticos (Garb, 1996).

Reconhecer a força das nossas suposições é o primeiro passo. A seguir, precisamos avaliá-las cuidadosamente para desvendar as generalizações excessivas e os estereótipos inválidos.

Como evitar o erro

1. Após revisar as suposições sobre a natureza humana discutidas anteriormente, analise se existe uma tendência de sua parte em vê-la como essencialmente egoísta, indigna de confiança, simplista ou difícil de mudar. Se a resposta for positiva, reflita sobre” às pessoas¹ com as quais você se relacionou e que apresentaram tendências comportamentais diferentes.

2. Examine suas reações emocionais aos estranhos. Esta técnica parece particularmente útil para discernir os

preconceitos que uma pessoa pode ter a respeito de indivíduos de sexo, raça ou idade diferentes.

3. Aprenda com seus casos difíceis. Por exemplo, um clínico que trabalhou com clientes portadores de distúrbios de personalidade percebeu-se supondo que aqueles clientes estivessem satisfeitos com seus estilos de vida e que optassem por manter seus comportamentos. Entretanto, após refletir, ele desenvolveu uma suposição mais terapêutica, a de que os clientes com distúrbios de personalidade estão sofrendo, mesmo que o sofrimento seja oculto (Demmitt & Rueth, 2002).

II Como fazer avaliações incompletas

Ignorando o nível de “estágio de mudança” ou de comprometimento do cliente

Pesquisas identificaram variáveis relativas ao estágio de mudança, já que os melhores indicadores das desistências são problemas em quantidades cada vez maiores, como vício em heroína, abuso de cocaína, alcoolismo, violência doméstica, obesidade, doenças mentais crônicas e diagnósticos de saúde mental.

N. Prochaska, 2001

Como já mencionamos, existe uma proporção bastante elevada de desistência de processos terapêuticos por parte dos pacientes, e isso ocorre com frequência no início do tratamento. Alguns estudos descobriram índices que chegam a 50% na terceira consulta. Entretanto, nem todas as desistências são similares. Uma das variáveis mais importantes que indica os índices de desistência é o “estágio de mudança” do paciente. Prochaska, já citado, descreve seis estágios diferentes de mudança, começando pelos pacientes que não acreditam ter muitos motivos para mudar (estágio de precontemplação), até os que estão caminhando de forma ativa para mudar seus padrões comportamentais (estágio da ação). A diferença nos níveis de desistência nestes grupos é grande, sendo que a maioria dos pacientes desistentes pertence às duas classificações inferiores: precontemplação e contemplação. Portanto, é essencial que os terapeutas saibam com o que estão lidando antes de começarem a formular planos “genéricos” de tratamento.

O próximo passo após analisar o estágio de mudança do cliente é desenvolver um planejamento de tratamento adequado a esse estágio. Os terapeutas costumam fazer tratamentos mais adequados para clientes com altos índices de comprometimento em relação à mudança de comportamento. Por exemplo, ao tratar o vício em drogas, sabe-se que os programas de reforço, controle de estímulo e condicionamento contrário são eficazes no caso de pacientes no estágio da ação, mas é provável que falhem para 80% dos pacientes que não alcançaram esse estágio. Porém, há bons motivos para otimismo. Como indica Prochaska, a probabilidade de um resultado positivo aumenta muito nos casos em que os pacientes podem progredir somente um estágio em direção a um comprometimento maior com mudança.

Portanto, o objetivo dos terapeutas nem sempre é a mudança imediata de comportamento, como tendem a enfatizar as terapias voltadas para a ação. O tratamento indicado para os “precontemplativos” utilizaria as estratégias de aumento da conscientização e auto-reavaliação. Aprendemos que com pacientes “de risco”, como grávidas fumantes ou usuários constantes de drogas, “quanto mais, melhor”: devemos aplicar o protocolo de tratamento mais intenso. Nada poderia estar mais fora de adequação no caso dos

precontemplativos. Na verdade, o tratamento mais intenso costuma estar associado aos resultados mais insatisfatórios (Heather, Rollnick, Bell & Richmond, 1993). Não podemos fazê-los mudar; mas podemos transferi-los para o estágio da contemplação.

Um paciente veio fazer terapia após ter-se separado da esposa por motivos aparentemente lógicos — alcoolismo e infidelidade. Quase imediatamente, o terapeuta iniciou um “protocolo pós-separação”, enfatizando o mínimo contato entre seu cliente e a esposa, além de ações voltadas a transformar seu novo lar em um ambiente confortável e aconchegante para a visitados filhos. No início, o paciente parecia satisfeito com a abordagem, porém, cada vez mais, começou a questionar se o casamento não valeria “mais uma chance”. Pelo histórico difícilíssimo do casamento, o terapeuta não apoiou o objetivo do paciente e tentou repetidas vezes convencê-lo a superar o problema. Somente quando ele contou que fora à casa de esposa uma noite e reatara o relacionamento, o terapeuta captou a mensagem de que o seu planejamento de ações fora programado de forma prematura. Então, terapeuta e paciente estabeleceram objetivos mais adequados relacionados à análise da viabilidade do casamento. Passaram-se mais seis meses antes que o cliente se convencesse de que realmente precisava superar o problema e seguir adiante com sua vida.

Assim como os terapeutas podem programar muito cedo as ações, também podem estar atrasados em relação aos pacientes que já estão prontos, dispostos a mudar, mas só precisam de uma orientação, segurança e “assistência especializada” para agir. Passar muito tempo no desenvolvimento histórico do problema pode frustrar aqueles que já alcançaram o estágio do comprometimento. Da mesma forma, os terapeutas que não assumem uma postura de direcionamento podem ser abandonados por seus pacientes, que podem ir buscar o trabalho de profissionais mais voltados para a ação.

Uma estudante que já frequentara sessões de terapia em um centro de aconselhamento universitário reclamou que todos os seus terapeutas anteriores pareciam apenas reestruturar as suas frases e perguntar se estava certo, quando o que ela realmente queria e pedia era algum tipo de direcionamento para lidar com suas companheiras de quarto, mal-educadas e bagunceiras.

Como evitar o erro

O “estágio de mudança” pode ser avaliado de maneira informal ao longo das consultas iniciais, por meio das seguintes perguntas:

1. Quem na sua vida está mais preocupado com o problema?

Se o cliente for a pessoa mais preocupada com a dificuldade, isso pode indicar alto nível de comprometimento com a mudança. Porém, como costuma ocorrer com frequência, os clientes podem estar na terapia encorajados por outra pessoa — chefe, pai ou marido/ esposa. Nesse caso, o nível de comprometimento é baixo e indica que o trabalho terapêutico inicial precisará

objetivar a melhora do comprometimento com a mudança.

Mark, um executivo publicitário de 39 anos, fumava maconha diariamente havia quatro anos. Quando questionado sobre quem mais se importava com o problema na sua vida, ele disse: “minha namorada, que realmente odeia isso e já avisou que vai me deixar se eu não parar de fumar”. Por um lado, a pressão exercida por sua namorada certamente funcionou para fazer com que Mark procurasse a terapia. Por outro lado, ainda, outros possíveis benefícios do fim do consumo da maconha também precisam ser discutidos, para aumentar o comprometimento de Mark com as mudanças

2. O que você fez (ou pensou em fazer) a respeito do problema?

É mais provável que os clientes que já decidiram agir anteriormente tenham alcançado o estágio no qual percebem que a mudança só é possível por meio da ação. Aqueles que nunca apresentaram um comportamento voltado para a mudança ainda estão em um nível muito baixo da escala de comprometimento.

3. Há quanto tempo este problema é uma preocupação?

Se um cliente vem passando por um problema por um período consideravelmente longo e, finalmente, procurou a terapia, pode ser uma indicação de que está pronto para agir. Por outro lado, também pode ser uma indicação de que se desenvolveu determinado nível de conforto em relação ao problema. Isso deve ser avaliado com clareza, perguntando-se ao cliente quais seriam os prós e contras de mudar o comportamento em relação ao problema.

a. Conscientize-se de que não existem dois pacientes iguais em termos de disposição para mudar, ou da velocidade com a qual podem prosseguir confortavelmente. Você não pode apressar o paciente resistente, nem deter aquele já em estágio de ação sem prejudicar o relacionamento terapêutico.

b. Avalie informalmente as condições do estágio por meio da ferramenta “régua de disponibilidade”. Essa abordagem simples, porém eficaz, é feita, em primeiro lugar, avaliando claramente um comportamento que o cliente esteja interessado em mudar. Depois, o terapeuta segura uma régua e pergunta qual ponto da régua representa a disponibilidade do paciente para mudar o comportamento-problema.

Erro nº 9

Falhas ao avaliar a reação psicológica

Reação psicológica é a tendência a resistir à perda de controle em situações interpessoais e, geralmente, manifesta-se na psicoterapia por meio de comportamentos indicativos de resistência à mudança pelo paciente.

J. Brehm e S. Brehm, 1981

Como já vimos, os clientes diferem totalmente quanto ao grau de comprometimento com a mudança. Alguns estão prontos para enfrentar o

desafio de adotar novas maneiras de agir e pensar, e outros foram praticamente arrastados pelos cabelos para sua primeira consulta.

Muitos estão dispostos a ver o terapeuta como um “especialista”, um profissional no qual podem confiar para fornecer orientações necessárias e importantes. Outros acreditam que a terapia seja uma guerra de habilidades, uma competição na qual o paciente aponta suas armas para a força, o conhecimento e as tentativas do terapeuta de interpretação ou de mudança cognitiva e comportamental.

A receptividade ou resistência do paciente ao trabalho do terapeuta é conhecida como reação psicológica. Este fator deve ser levado em conta na determinação do grau de disposição para a orientação que o terapeuta deve assumir ao estabelecer um plano de tratamento. Por exemplo, em um grupo de clientes inscritos em um programa de usuários de drogas, Karno, Beutler e Harwood (2002) avaliaram os níveis de direcionamento dos terapeutas que trabalhavam no tratamento de alcoolismo com abordagens cognitivo-comportamental ou sistêmica. Os resultados mostraram que, independentemente do tipo de tratamento, entre os clientes com alto índice reativo, o direcionamento maior por parte dos terapeutas estava associado ao aumento do consumo de álcool após o tratamento. Em outras palavras, no caso de clientes resistentes, o problema, na verdade, piorou com um índice mais elevado de direcionamento por parte do terapeuta. Por outro lado, os pacientes com baixo índice de reação obtiveram um resultado melhor no trabalho de combate ao alcoolismo, seguindo intervenções mais direcionadas. Similarmente, entre os clientes que sofriam de depressão, Beutler e Clarkin (1990) observaram que uma modalidade de tratamento que oferecia maior apoio e autodirecionamento era melhor para os pacientes altamente reativos, comparada às terapias cognitivas comportamentais ou focadas. Porém, para os pacientes deprimidos com baixos índices reativos, o tratamento de suporte, autodirecionado, foi o menos eficaz.

Portanto, os terapeutas devem ajustar, seus níveis de “direcionamento” de acordo com o índice de resistência do cliente. Uma abordagem igual para todos no planejamento do tratamento pode ser, na melhor hipótese, ineficaz e, na pior (como no caso dos viciados em drogas), contribuir para agravar o problema.

Em um caso de conflito no casamento, um cliente “pareceu” pedir uma opinião clara do terapeuta. Porém, enquanto o profissional fazia um aconselhamento aparentemente útil, o cliente interrompeu-o para dizer que ele estava interpretando de maneira errada o problema e que, portanto, a intervenção não funcionaria. Na consulta seguinte, o paciente contou que sua esposa deixara um bilhete mal-educado. Assumindo uma abordagem menos indicativa (tomando como base o resultado da primeira semana), o terapeuta perguntou o que o paciente acreditava que deveria fazer. Ele respondeu que estava ali para receber ajuda. O terapeuta conteve o impulso de responder que

ele estava ali para discutir. Disse, então, que falar sobre os assuntos em conjunto resultaria numa solução melhor, e que os clientes sabem melhor sobre suas questões. Além disso, enfatizou que apesar de o terapeuta ter experiência para lidar com problemas similares e poder ajudar a criar alternativas, a escolha final e a verdadeira concretização são funções do cliente.

Como evitar o erro

1. Esteja alerta aos sinais de reação dos seus pacientes, como interrupções, discussões, comentários fora do assunto e respostas negativas. Muitos desses comportamentos aparecem na primeira ou segunda consulta.
2. Se o cliente estiver com um nível elevado de reação psicológica, desenvolva planos de tratamento menos diretivos (autoritários) e mais participativos (as abordagens mais participativas estão detalhadas mais adiante). Se o paciente parecer mais participativo e comprometido com a mudança, podem ser adotadas abordagens mais diretivas.

Erro nº 10

Subutilização dos instrumentos de avaliação clínica

As ferramentas de avaliação anteriormente utilizadas na terapia para medir o tipo e a intensidade do problema inicial e, às vezes, ao longo do tratamento, podem contribuir para o sucesso do tratamento, a melhora da autoestima do cliente e a diminuição da interrupção do tratamento que ocorre com clientes resistentes.

C. D. Booraem, J. V. Flowers e B. Schwartz, 1993

Apesar da existência de pesquisas como a citada, os clínicos em geral não acreditam na eficácia do uso das ferramentas de avaliação. Por exemplo, um terapeuta supervisor descreveu um caso em que uma residente de pós-doutorado não estava utilizando uma ferramenta de avaliação conhecida e comprovadamente eficaz, que era parte de um protocolo na clínica. A estagiária dizia não “acreditar” na ferramenta, por não ser útil e demorar muito tempo para ser preenchida, embora a validade e utilidade daquele instrumento já tivesse sido comprovada em vários estudos.

São inúmeros os motivos que contribuem para a eficácia da utilização dos instrumentos de avaliação:

1. O terapeuta acumula informações de uma fonte que permite comparações com outros clientes quanto à gravidade do problema.
- 2 Repetir o teste periodicamente pode ajudar a comprovar se o tratamento está funcionando.
3. Se os resultados indicarem melhora, as expectativas positivas serão reforçadas. Se não houver progresso, o cliente e o terapeuta poderão ajustar a abordagem do tratamento da forma adequada.

4. Os clientes tendem a interpretar a utilização das ferramentas de avaliação como uma atitude de preocupação e cuidado e isto, por sua vez, faz com que o cliente perceba ainda mais a competência do clínico.

Embora existam inúmeras ferramentas de avaliação rápidas e simples, vários fatores contribuem para a sua subutilização pelos clínicos:

1. Muitos clínicos não estão familiarizados com o crescente número de instrumentos à disposição.
2. Fazer o teste pode interferir na duração do tratamento, e os clientes podem achar que estão sendo enganados.
3. É preciso dedicar bastante tempo e esforço à tabulação da pontuação e interpretação do teste.
4. Alguns terapeutas — como o caso mencionado —, podem não acreditar no valor de tais instrumentos (mesmo que haja muitas pesquisas indicando o contrário).
5. Tal procedimento, o de aplicação de testes, simplesmente não faz parte da rotina dos terapeutas.

Como evitar o erro

1. Familiarize-se com as inúmeras ferramentas de avaliação disponíveis para o terapeuta.
2. Reconheça que a aplicação de muitos desses testes requer pouquíssimo tempo de execução e tabulação.
3. Explique ao paciente as inúmeras vantagens potenciais da utilização de ferramentas de avaliação. Não espere que eles compreendam automaticamente por que tais ferramentas podem ajudar no tratamento.
4. Acompanhe as avaliações de perto, fornecendo *feedback* para o paciente. Muitas pesquisas comprovam que uma conversa franca sobre os resultados do teste psicológico gera efeitos positivos na evolução do tratamento (Finn e Tonsager, 1992).

Erro nº 11

Falhas ao contestar os “falsos autodiagnósticos” do cliente

Como nós, clínicos, devemos avaliar a avaliação que nossos clientes fazem de seus próprios problemas? Da mesma forma que os porcos-espinhos fazem amor: com muito cuidado e uma generosa dose de ceticismo. De tempos em tempos, os clientes têm uma noção clara da natureza de seus problemas. “Tenho pavor de falar em público”, “preciso ser mais firme com meu namorado”, ou “sou viciado em maconha”. Porém, também é muito comum ver clientes cujo autodiagnóstico está muito fora da realidade. Tais “falsos diagnósticos”, sem avaliação profissional, podem resultar em tratamentos clínicos errados.

Alex, aos 17 anos, teve um longo histórico de acessos de raiva em casa e na escola. Seu orientador escolar suspeitou que sofresse de transtorno bipolar e disseram-lhe que ele sofria da pior forma do distúrbio. Consultaram um psiquiatra que confirmou o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II. Receitaram lítio, mas, surpreendentemente, os acessos de raiva contra as figuras que representavam autoridade pioraram. Após mais de um ano nesse processo, finalmente os pais desistiram da psicoterapia e dos remédios e mandaram Alex viver com sua tia, em Montana, uma região rural. Sua tia, sem estudos, colocou Alex nos trilhos e ele admitiu que consumia um pouco de cocaína em casa.

Depois, um psicólogo da região diagnosticou acertadamente o problema de Alex como transtorno de conduta e, através de um suporte e de um tratamento contra o uso de drogas, ele começou a melhorar muito.

As coisas se complicam ainda mais quando os clientes são diagnosticados por seus parceiros, pais ou por outros terapeutas “improvisados”.

Brett foi encaminhado ao atendimento psicológico de sua escola porque seus pais acreditavam que ele sofria de TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade). Quando perguntaram por que acreditavam nisso, responderam que conversavam, Brett os interrompia e que, às vezes, quando estava estressado, tinha a tendência de dar passos para trás e para frente. Brett lutou durante toda a sua vida para superar um problema de gagueira e a autoconsciência que o acompanhava. Ficou muito zangado com os pais quando o classificaram dessa forma, e muito aliviado ao saber que não apresentava nenhuma das características de um diagnóstico de TDAH. As interrupções que fazia quando seus pais estavam conversando relacionavam-se à sua prática para falar em público, e não a um indicador de impulsividade.

No momento adequado, quando o terapeuta perceber tais erros, deverá mostrar ao paciente quais foram os falsos diagnósticos.

Mandy, 36 anos, com conflitos matrimoniais, definiu seu problema de maneira bastante segura como uma “codependência”. Dizia que seu marido não viria às sessões de terapia, por não acreditar em sua eficácia, o que era compreensível, pois a codependência de Mandy era a fonte dos problemas no casamento. Uma avaliação inicial indicou que seu marido não era usuário de drogas. Então, o terapeuta pediu que ela descrevesse o que queria dizer com a expressão “codependente”. Ela contou que nunca enfrentara o marido, saindo cabisbaixa quando discutiam, pois ele era mais firme, racional e rápido do que ela. O profissional pediu que ela escrevesse um diário sobre tais discussões e, ao fazê-lo, os escritos revelaram que o casamento era realmente pacífico, desde que ela concordasse com o marido em tudo. Após o processo de revisão do diário, Mandy percebeu que os problemas no casamento talvez não fossem de sua única e exclusiva responsabilidade.

Como evitar o erro

1. Fique atento aos pacientes que se autodiagnosticarem como portadores da “síndrome da moda”, ou seja, os distúrbios que mais estiverem em alta na mídia. Exemplos recentes: TDAH em adultos, transtorno bipolar e “lembranças reprimidas” de abusos.
2. Cuidado com a tendência que alguns pacientes têm de rotular os diagnósticos para isentar-se da responsabilidade por seu comportamento. Por exemplo, uma universitária foi fazer terapia após ter desenvolvido repentinamente uma “fobia social”, quando soube que teria que fazer um discurso na formatura da universidade.

Erro nº 12

Falhas ao avaliar as condições físicas ou clínicas

Érica, 54 anos, em sua primeira consulta, disse estar prestes a desistir da terapia e da vida. Fora diagnosticada com a síndrome da fadiga crônica, mas o tratamento e as medicações anteriores não surtiram efeito. O clínico pesquisou a SFC e descobriu que até 60% de tais casos envolviam sérios problemas de sono. Após ter conversado sobre o assunto com Érica, ela concordou em fazer uma consulta com um especialista em sono, que, por sua vez, identificou e tratou seu problema, solucionando a questão.

Embora quase todos os psicoterapeutas sejam treinados para se atentar às condições clínicas que poderiam mascarar ou contribuir para os problemas psicológicos dos pacientes, o falso diagnóstico de tais problemas é muito comum. Em seu livro *Finding Care for Depression* (2001) Robert Sealy entrevistou aproximadamente 150 ex-pacientes depressivos e descobriu que seus psiquiatras sequer consideravam a possibilidade de tais problemas serem resultantes de condições de saúde. Considerando que os psiquiatras são médicos, podemos imaginar a pouca frequência com que os profissionais não médicos pedem avaliações clínicas a seus clientes.

A literatura científica identificou vários distúrbios nos quais os pacientes foram erroneamente diagnosticados como portadores de um problema mental, quando, na verdade, a causa era um distúrbio orgânico (um distúrbio orgânico mental ou uma doença física). De 100 pacientes depressivos, por exemplo, uma pesquisa concluiu que 18% eram diagnosticados como bipolares ao longo de dois anos a contar do diagnóstico inicial (Insel e Charney, 2003).

Alguns desses distúrbios estão relacionados a seguir, juntamente com o problema médico ou orgânico possível.

Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade

Outros perfis de neurodesenvolvimento

Transtorno de conduta

Transtorno bipolar tipo 2

Transtorno do estresse pós-traumático

Trauma cerebral

Síndrome do pânico

Distúrbio da tireoide; acatisias psicofarmacologicamente induzidas por setralina ou outras drogas (inquietação interna e, em geral, motora)

Depressão

Síndrome da fadiga crônica; vírus Epstein-Barr; intoxicação medicamentosa (digitalis); Doença de Gaucher (um problema geneticamente transmitido no qual quantidades prejudiciais de substância gordurosa acumulam-se nos órgãos)

Esquizofrenia

Narcolepsia

Demência

Surdez

Anorexia nervosa

Acalásia (aumento do esôfago dificultando a deglutição)

Como evitar o erro

1. Siga todos os procedimentos-padrão de análise, entre eles a solicitação de um histórico médico/mental dos clientes e seus familiares.
2. Pergunte se o paciente passou por uma consulta médica de rotina. Se ele responder que sim, há mais de um ano, recomende que faça outra.

Erro n° 13

Ignorando os recursos do paciente

Milton Erickson era especialista em esclarecer e estruturar as capacidades do paciente. Em um de seus casos, foi chamado para ir à casa de uma senhora idosa suicida e depressiva, que perdera o marido recentemente. Notou que a casa estava cheia de violetas africanas e perguntou sobre elas. Ela disse que, há décadas, cuidava de plantas, mas que agora não estava mais interessada nelas. Ele também descobriu que em determinado período, ela era assídua frequentadora da igreja. Perguntou se ela gostaria de dar como presente de casamento uma de suas plantas cada vez que um casal celebrasse o matrimônio na igreja que ela frequentava. Ela relutou, mas concordou (teria sido difícil dizer não a um pedido como esse). Durante muitos anos, ela se dedicou àquele fim, com muito orgulho de sua nova missão e no seu enterro, anos mais tarde, compareceram centenas de “presenteados com flores”, muito gratos.

A preocupação com o foco nas forças do paciente e não apenas em seus problemas pode parecer sem importância num primeiro momento. Afinal de contas, os clientes comparecem às consultas terapêuticas com a intenção de

focar seus objetivos no que estão fazendo de errado, e não no que estão fazendo corretamente. Pode ser, mas também querem sentir-se capazes e confiantes em sua capacidade de mudança. A pesquisa de Albert Bandura sobre a autoeficiência mostrou com clareza que os pacientes que acreditam nos seus próprios recursos internos estão muito mais inclinados a alcançar resultados terapêuticos positivos. Assim, cria-se um dos grandes dilemas na terapia: como ela pode estar direcionada para os objetivos, centrada nos problemas, orientada para o *déficit* de habilidades e voltada para a correção da distorção cognitiva, enquanto constrói no paciente uma noção de autoeficiência?

Para evitar os erros comuns de direcionamento exclusivo sobre áreas problemáticas e pontos fracos, é essencial que sejamos tão metódicos na nossa busca pelos pontos fortes dos nossos clientes quanto somos na pesquisa do diagnóstico clínico correto.

Como evitar o erro

1. No início da terapia, identifique ocasiões específicas nas quais o cliente tenha obtido sucesso, cumprido tarefas similares às metas estabelecidas na terapia. Por exemplo, se o objetivo for o fim do consumo de bebidas alcoólicas, os clientes não deveriam lembrar-se somente da frequência com que bebem, mas também da quantidade de vezes em que o impulso de beber não resultou no consumo de fato (Horvath, 2003). Em outro caso, uma cliente que reclamava de que por mais que se esforçasse, não conseguia fazer tarefas difíceis, foi lembrada do seu sucesso nas aulas de defesa pessoal, que, no início, ela acreditava ser uma atividade “muito desafiadora”.

2. Reconheça e comemore durante a consulta quaisquer conquistas direcionadas ao objetivo da terapia. Muitos clientes, por exemplo, apesar de não cumprirem o que se propõem a fazer fora das sessões, conseguem completar uma parte das atribuições ou, ainda, modificar a tarefa de forma a concretizá-la.

Alice, que se comprometeu a romper um relacionamento muito antigo e abusivo, não conseguiu procurar outras possíveis moradias em sua região. Ela estava preparada para o desapontamento de seu terapeuta ao dizer: “não fiz nada do que combinamos ao longo da semana”. Ao invés de trabalhar com o erro, a conversa revelou que ela falara com seu pai, pela primeira vez sobre sua situação. Enfrentar a reprovação do seu pai foi, na verdade, uma vitória muito maior que a tarefa original que precisava cumprir, e essa “vitória” tornou-se, então, seu ponto de referência para o reconhecimento de sua habilidade de enfrentar outros desafios.

III Como ignorar a ciência

Existe um consenso de que os aconselhadores e psicoterapeutas são muito indiferentes ou desconfiados das descobertas feitas por meio de pesquisas.

D. Williams e J. Irving, 1999

A ciência da pesquisa quantitativa é vista como antiética quanto aos valores de aconselhamento/intermediação voltados para o ser humano e, o que é pior, pode até estar cometendo um tipo de violência para com os valores sobre os quais está estruturada a filosofia da terapêutica humanística.

R. Mouse, 1997

Em uma pesquisa recente sobre os clínicos da saúde mental, a prática de manter-se atualizado com as pesquisas clínicas mais recentes foi classificada como a menor das prioridades dos profissionais (Watkins & Schneider, 1991). O surpreendente é que este sentimento anticiência, antipesquisa estava presente até nos graduados de áreas nas quais o foco na pesquisa era um dos principais componentes de seu treinamento.

O resultado dessa grande indiferença em relação à pesquisa é que ano após ano os terapeutas responsabilizam-se por tratamentos novos, não testados e cientificamente ruins para indivíduos, casais e crianças. Desde o “renascimento” até a “recuperação das memórias”, os que atuam na área da saúde mental parecem tão suscetíveis às últimas tendências e modas terapêuticas quanto o público em geral é vulnerável às novas loucuras das dietas. Imagine como uma pessoa comum deve sentir-se ludibriada ao tentar perder peso comendo somente uvas. Porém, devemos esperar mais dos clínicos capacitados para analisar de forma crítica as afirmações dos que promovem revoluções no tratamento dos distúrbios mentais. Existem vários motivos para essa indiferença à “ciência”.

Erro nº 14

Falta de atenção em relação aos dados

Qual das seguintes condições exige a escolha de tratamentos muito específicos, se os pacientes precisarem de ajuda? Transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos sexuais, fobias, vícios de substâncias?

Pedimos desculpas pela pergunta capciosa! A resposta, claro, é: todas as opções, Lambert (1992) descobriu que quase 85% dos pacientes com níveis pequenos a moderados de distúrbios recuperaram-se relativamente bem de praticamente qualquer abordagem terapêutica confiável. Porém, para muitos problemas, como os mencionados, é preciso utilizar protocolos de tratamento bastante conhecidos e pesquisados, cuja superioridade em relação a outras formas de tratamento tenha sido comprovada. Entretanto, muitos terapeutas simplesmente ignoram os dados e continuam a aplicar metodologias não comprovadas e até refutadas.

Em um seminário sobre modelos de terapia emergentes, o apresentador estava abordando as várias técnicas utilizadas no tratamento de fobias, como a dessensibilização e o trabalho com imagens. Uma pessoa que assistia à apresentação enfatizou que faltavam àquelas “abordagens comportamentais” as raízes estruturais do problema, e outros sintomas apareceriam em breve, a não ser que as questões fossem solucionadas antes.

Tais objeções foram discutidas há décadas e comprovou-se a sua falta de estrutura. Mesmo assim, elas ainda permanecem nos corações e nas almas de muitos terapeutas. Pelo fato de algumas terapias desconsiderarem protocolos

de tratamento cientificamente validados, clientes continuam passando por práticas não adequadas, como a análise junguiana dos sonhos no tratamento da fobia social, o foco nos “problemas de abandono” para tratar o distúrbio do estresse pós-traumático, ou o trabalho da “criança interior” para tratar viciados em substâncias diversas.

Erro n° 15

Atenção ao emissor e não à mensagem

Infelizmente, os terapeutas são todos humanos demais quando influenciados pelo fator “carisma”. Sem dar nome aos bois, nossa área produziu muitos “encantadores de serpentes” cujo magnetismo pessoal capacitou-os a seduzir as massas, inclusive quem deveria saber que as coisas não são exatamente assim. Desde gritos selvagens até grupos de encontros de nudismo, os clínicos se prostram aos pés desses gurus autoproclamados, com resultados às vezes desastrosos. John Flowers reconta tal experiência:

No início do meu estágio clínico, meus professores recomendaram que eu assistisse a um encontro do tipo “imersão”. Isso aconteceu há muito tempo e tais experiências foram vistas como uma forma de ampliar os treinamentos. O líder, a quem podemos chamar de Dr. Famoso, era bastante conhecido e eu acreditei que seria uma oportunidade valiosa de sentar aos pés de uma celebridade na área de psicologia. Após algumas horas de trabalho em grupo (estávamos exaustos), uma moça tímida tornou-se o centro das atenções do grupo e sua “timidez” transformou-se no problema identificado. Enquanto o grupo continuou pressionando para que ela se abrisse, dois de nós, novatos, começamos a defender seu desejo óbvio de interromper as perguntas. No lugar de conceder essa trégua, o grupo passou a nos atacar. Resistimos bravamente ao ataque, sofrendo apenas pequenos ferimentos; a jovem, porém, começou a surtar. Por fim, e opondo-se ao conselho do renomado médico, chamamos uma ambulância. A “vítima” foi levada a um hospital, avaliada e colocada em observação durante 72 horas.

Como evitar o erro

1. Reconheça que os especialistas, como todos nós, podem ter pontos cegos, nos quais o ego toma conta da consciência:
2. Aplique os mesmos padrões do pensamento crítico, independentemente da posição social ou dos feitos.
3. Lembre-se de que o carisma é sedutor, mas como demonstra o caso que acabamos de relatar, ele não substitui o conteúdo.

Erro n° 16

A teoria e seu rigor mortis

Os terapeutas, como todos os seres humanos, encontram segurança ao estabelecer um sistema de crenças. Porém, muitos profissionais são quase

religiosamente leais a seus pontos de vista teóricos. Tal inflexibilidade não permite que os dados conflitantes sejam avaliados de maneira racional. É muito fácil apegar-se de tal forma a uma linha de conduta terapêutica que quaisquer fatos que nela não se encaixem são ignorados ou “adaptados” para o sistema de crença. Portanto, a pesquisa tende a ser vista como um inimigo desses princípios emocionalmente alimentados.

O Dr. Firmeza liderava grupos e acreditava que a firmeza era a cura para a maioria — talvez, todos — os problemas interpessoais. Em um grupo, um adolescente cujo pai era alcoólatra, foi aconselhado a ser mais firme quando seu pai maltratasse a ele e sua mãe. Como resultado da firmeza, o garoto foi parar no hospital (felizmente, nada grave) e o pai, preso.

Outra vez, tomar conhecimento das pesquisas sobre “firmeza” teria sido uma forma de “erguer uma bandeira vermelha”, alertando que ela não é apenas ineficiente, mas até perigosa.

Como evitar o erro

1. Crie planos de tratamentos consistentes com as pesquisas atuais disponíveis sobre o distúrbio em questão. Familiarize-se com as publicações respeitadas que têm como foco a aplicação clínica da pesquisa. Muitas delas constam das referências bibliográficas ao final deste livro.
2. Reavalie com um olhar cético os tratamentos “mágicos” que aparecem na tevê ou nos jornais, até ver estudos publicados em veículos respeitáveis.
3. Mantenha-se receptivo a novas informações que desafiem suas crenças clínicas atuais. As abordagens teóricas não são “dogmas religiosos”; questionar o princípio de uma abordagem quando novas evidências são apresentadas não é, portanto, uma blasfêmia.

Um exemplo desses conceitos envolve a pesquisa que fizemos na época da febre da “codependência”. Naquele período, além de muitos terapeutas terem “comprado” o conceito, ocorreu um forte movimento para que o distúrbio fosse *transformado em mais um diagnóstico no Manual de Diagnóstico e Estatística*.

Nossa pesquisa demonstrou que os clientes diagnosticados por seus terapeutas ou por eles mesmos como codependentes, ou, ainda, que obtiveram pontuação alta nos testes de avaliação sobre o problema, foram rediagnosticados de forma mais adequada pelos critérios dos distúrbios de personalidade. Além disso, o sistema de diagnóstico disponível na época forneceu mais informações e não agrupou todos aqueles pacientes em uma só categoria.

Isto não quer dizer que a codependência não seja um conceito útil, mas é uma expressão do tipo “guarda-chuva”, como “ansiedade” ou “depressão”, que deve ser analisado em mais detalhes, para ser realmente útil nos planos de tratamento. Na primeira vez que esses dados foram apresentados, os autores foram acusados de “heresia” terapêutica.

IV Como evitar a colaboração do cliente

A colaboração dá poderes aos pacientes na medida em que lhes dá voz em seus próprios processos terapêuticos, além de encorajar a autoeficácia.

C. Feltham e I. Horton, 2000

Ao pesquisar imóveis, os especialistas avisam que os valores das casas baseiam-se em três princípios: localização, *f %* localização e localização. De forma similar, quando a questão é o estabelecimento de objetivos e as expectativas em relação à terapia, o segredo é colaboração, colaboração e colaboração.

A colaboração é um processo no qual terapeuta e paciente trabalham juntos, como parceiros, ao longo do processo terapêutico. Na função colaborativa, o terapeuta pode ser visto como o sócio principal, conduzindo a maior parte dos assuntos, ao mesmo tempo em que traz as questões à tona e responde ao *feedback* do seu “associado”.

Erro nº 17

Determinação unilateral das metas

June estava num casamento abusivo havia cerca de 15 anos. Mais recentemente, as coisas pioraram, já que o alcoolismo de seu marido aumentara. Ele chegava em casa muito tarde nos finais de semana, muito embriagado e exigia períodos prolongados de atividade sexual. Então, ia tropeçando pela casa, urinando “como um gato” em vários lugares. A cliente perguntou ao terapeuta se seu marido era um alcoólatra e quais seriam os tipos de tratamento adequados. Neste caso, o terapeuta respondeu da maneira “tradicional”, concentrando-se no “protocolo de tratamento das esposas espancadas”, ou seja, formulou-se um plano de fuga e foi feito um encaminhamento para um grupo de apoio e de abrigo para mulheres espancadas. Apesar de seus melhores esforços, o terapeuta ficou bastante decepcionado ao saber que a paciente não agendou uma sessão seguinte.

Neste caso, o terapeuta seguiu o “padrão de atendimento” recomendado; ainda assim, a paciente não seguiu suas recomendações e, o que é pior, encerrou o tratamento. O que saiu errado? É mais provável que tenha ocorrido uma falta de colaboração para formular os objetivos do tratamento. O terapeuta decidiu de maneira unilateral qual seria a agenda da terapia, que não coincidia com o que a cliente desejava. Em nenhum momento da sessão a paciente perguntou ao terapeuta se ela deveria considerar a hipótese de abandonar o marido. Na verdade, uma revisão dos transcritos revela que a cliente ainda estava convencida de que seu marido poderia “ver a luz”, mudar seu comportamento e ser o marido que ela gostaria. É claro: o terapeuta e qualquer um que ouvisse o caso veriam claramente que, após 15 anos, a probabilidade de uma mudança expressiva era pequena, mas isso não significava que a cliente pensasse da mesma forma.

Assim, enquanto os terapeutas devem, com certeza, oferecer informações e indicações adequadas para pessoas que sofram de abusos, também devemos lidar com as preocupações declaradas pelos nossos clientes. Seguindo uma abordagem colaborativa, terapeuta e cliente estão no mesmo barco. Para

chegar lá, o terapeuta facilita uma discussão sobre possíveis objetivos de tratamento e depois ajuda o paciente a priorizar esses objetivos e a escolher em quais deverá se concentrar inicialmente.

Como evitar o erro

1. Explique para o cliente a diferença entre colaborativo e não-colaborativo. Enfatize a importância da participação, do *feedback* e do acordo por parte do cliente, em relação a todos os aspectos do estabelecimento das metas e do tratamento.

2. Preste atenção ao que o cliente está dizendo e, igualmente, ao que ele não está dizendo. Por exemplo, no caso citado, a preocupação declarada da paciente era conhecer as opções de tratamento disponíveis para o marido. Algo que ela sequer mencionou foi se deveria abandonar aquele relacionamento. É claro que à medida que a parceria terapêutica avançasse, essa opção certamente seria trazida à tona pelo terapeuta.'

3. Faça uso de uma abordagem “aberta” ao perguntar, e não uma abordagem do tipo “aula”. Alguns exemplos:

a. Esclarecer e priorizar objetivos:

- Que tipo de dificuldades o problema está lhe causando agora?
- Que tipo de dificuldades o problema lhe causará futuramente?
- Que objetivos uma pessoa (não necessariamente você) poderia ter numa situação como essa?
- Que objetivo combina com o seu?
- Que objetivo não combina com o seu?

b. Aumentar a eficácia pessoal:

- Quando você conseguiu “livrar-se” do problema?
- Você observou como as outras pessoas lidaram com situações similares e obtiveram sucesso?
- Em seus devaneios, como você solucionou o problema satisfatoriamente?

c. Aumentar o comprometimento com a mudança:

- Se você mudar, de que forma sua vida irá melhorar?
- De que forma sua vida irá piorar se as coisas não mudarem?
- Onde você pode obter apoio nas suas tentativas de mudança?

Erro nº 18

Falhas ao desenvolver metas de colaboração nas sessões iniciais

Quando se constrói um objetivo sólido e um consenso sobre o tratamento no início da terapia, a probabilidade de melhores resultados do tratamento medidos meses depois será maior. Esta pesquisa encontrou diminuições dos

sintomas depressivos seis meses após o início do tratamento, quando os pacientes experimentaram um consenso de objetivos após a SEGUNDA consulta.

J. Dormaar, C. Dijkman e M. De Vries, 1989

Além de desenvolver consenso em relação aos objetivos do tratamento, também é importante fazê-lo o quanto antes no processo terapêutico. Os terapeutas costumam julgar as sessões iniciais como um período para conhecer o paciente, deixando o verdadeiro trabalho terapêutico para as sessões posteriores e passando muito tempo coletando um histórico clínico detalhado. Certamente, é preciso prestar atenção a isso, mas a primeira e a segunda consultas também deveriam definir o ambiente para se chegar a um consenso de objetivos. Quando isso acontece, as expectativas de sucesso do paciente são indicadores importantes de resultados positivos.

Imagine que você vai ao médico com vários sintomas e, depois de examiná-lo, ele simplesmente agenda uma consulta de acompanhamento sem fornecer informações sobre qual pode ser o problema e os tratamentos mais indicados. O único objetivo que você tem ao sair do consultório é procurar um novo médico. A situação é a mesma no caso dos clientes que procuram ajuda por problemas psicológicos.

Uma paciente relatou que seu terapeuta anterior (ênfase em anterior) ainda estava analisando o problema após duas consultas inteiras. Ela estava adiando a elaboração de um trabalho de conclusão de curso com prazo apertadíssimo, perguntando-se como contar aos pais que ela era homossexual, além de estar muito preocupada com as questões de regime e alimentação.

Aqui, parece que os objetivos de tratamento a serem escolhidos eram numerosos e urgentes. Porém, o terapeuta anterior parecia sofrer de “paralisia da análise”, ou, neste caso, de avaliação.

Como evitar o erro

1. Deixe um tempo reservado no final da primeira consulta para esclarecer as preocupações do cliente e para reformulá-las como possíveis objetivos no tratamento. Por exemplo, no caso da estudante que adiava as atitudes, o terapeuta poderia dizer; “Parece que existem muitas questões causando desconforto: o trabalho, a alimentação e a discussão da orientação sexual com seus pais. Você sabe sobre qual delas seria mais importante nos concentrarmos inicialmente?”.

2. Parabenize os clientes quando eles acrescentarem algum dado a uma solução. Você pode dizer “Isto é melhor do que o que eu pensei!”, ou “Ótimo comentário!”. Isto ajuda a aumentar o nível de comprometimento.

3. Amplie sua definição sobre o que significa ser um psicoterapeuta, incluindo aspectos de consultas, treinamento e liderança.

4. Reconheça que o estabelecimento de objetivos não se restringe à redução

dos problemas como depressão, ansiedade ou abuso de substâncias, mas que ele pode e deve incluir o foco sobre comportamentos positivos passíveis de serem aperfeiçoados. Tais objetivos podem envolver habilidades de superação, prevenção de recaída e expansão dos aspectos da vida do paciente que melhoram a sua qualidade de vida.

5. Não suponha que o aparente “objetivo mais óbvio” seja de fato o que o paciente tem em mente como mais importante.

Erro nº 19

Falhas ao fazer o cliente participar do agendamento das sessões

Um relacionamento colaborativo não começa e termina com a determinação das metas e um roteiro de ação. Perguntar aos clientes no início de cada consulta o que eles gostariam de focar e trabalhar é um convite para reinseri-los na terapia ativa. Além disso, desta forma as metas do tratamento serão continuamente atualizadas e modificadas, como evoluções terapêuticas. Descobriu-se que tal atualização aumenta a satisfação do cliente, diminui o sofrimento e aumenta as expectativas de sucesso. Por exemplo, Hoyt, Xanakis e Marmar (1983) perceberam que os clientes estavam mais propensos a classificar as consultas como “boas sessões de terapia” quando os objetivos e as abordagens do tratamento para a solução do problema eram discutidos.

Como evitar o erro

1. Inicie cada consulta com a definição da meta, evitando assim a tendencial deixar que ela simplesmente “surja” como um acordo tácito, sem palavras. Estabeleça sempre a meta, por mais óbvia que seja e verifique se houve concordância sobre ela.
2. Antes de perguntar ao cliente sobre um objetivo específico, escreva o que você, como terapeuta, acredita, no momento, que seja ou deva ser tal objetivo.
3. Admita que para alguns pacientes um dos principais objetivos pode ser a definição de uma meta. Tais pacientes costumam formular objetivos ambíguos, excessivamente complexos, ou mudar seu foco de um tema para o outro ao longo da consulta. Nesse caso, pode-se utilizar um protocolo de *brainstorming*, no qual as ideias são ditas pelo terapeuta e pelo cliente, criando uma lista que pode, depois, ser priorizada.

V Como destruir o relacionamento terapeuta-paciente

É imprescindível que os terapeutas clínicos lembrem-se de que décadas de pesquisa demonstram de maneira consistente que os fatores de relacionamento estão mais ligados aos resultados do cliente do que as técnicas especializadas de tratamento.

L. Castenguay, M. Goldfried, S. Wiser, P. Raue e A. Hayes, 1996

Em muitas pesquisas, comprovou-se que o que os terapeutas dizem que fazem durante a sessão, e que resulta em uma boa parceria de trabalho, é a contribuição mais importante para a mudança e os resultados positivos do tratamento.

E. Teyber e F. McClure, 2000

Parafraseando Vince Lombardi, famoso técnico de futebol norte-americano, “a parceria terapêutica não é tudo na psicoterapia: é a única coisa”. Em outras palavras, nenhum outro fator, isoladamente, afeta mais os resultados da terapia do que a qualidade do relacionamento terapeuta-paciente. Embora seja difícil afirmar as porcentagens exatas do efeito terapêutico, um estudo conseguiu fazer exatamente isto. Após revisarem cerca de 100 estudos de resultados, Lambert e Barley (2001) chegaram a uma estimativa da contribuição relativa dos inúmeros fatores estudados na pesquisa de resultados. Surpreendentemente, as técnicas específicas utilizadas pelos terapeutas (cognitiva, psicodinâmica etc.) foram responsáveis somente por 30% dos resultados terapêuticos. Entretanto, a qualidade do relacionamento paciente-terapeuta gerou resultados em 40% do tempo. Entre os fatores que influenciam o relacionamento aparecem credibilidade, confiança e competência do terapeuta clínico. É claro que o relacionamento terapêutico em si não deveria ser considerado uma “intervenção”. Em 1980, Edward Bordin, pioneiro no desenvolvimento da parceria no trabalho terapêutico, forneceu uma boa definição da ligação paciente-terapeuta: “é um veículo que capacita e facilita as técnicas específicas de aconselhamento”.

Erro nº 20

Ênfase na técnica em lugar da construção do relacionamento

Às vezes não sou suficientemente cuidadoso para criar um relacionamento com o paciente antes de dizer a ele que ele pode ter feito algumas escolhas ruins.

W. Glasser, 2003

Uma aluna de pós-graduação contou ao seu supervisor que aprendera sobre a utilização da “intenção paradoxal” em sua aula avançada de aconselhamento. Ela queria experimentar esta técnica nova e intensa com um de seus pacientes e o fez com um deles em sua primeira consulta. A paciente retornara aos estudos após um divórcio recente e queixou-se de estar com o emocional totalmente afetado. Ela não conseguia fazer nenhum trabalho de casa e já não era mais o exemplo de organização que costumava ser, falhando até nas tarefas mais simples, como lavar a roupa ou a louça. A intervenção que a terapeuta interna experimentou foi “unificar o sintoma” e receitar a tarefa de “não fazer absolutamente nada ao longo de toda a semana” e relatar sua condição na sessão seguinte. Infelizmente, não houve próxima sessão: a paciente pediu que o diretor da clínica indicasse outro profissional para atendê-la,

Neste caso, a lição costuma ser muito negligenciada: o relacionamento terapêutico supera a técnica. É muito bom dispor de grande variedade de técnicas, intervenções e ferramentas terapêuticas, mas as entrevistas com os clientes mostram repetidamente que sem a estruturação de uma parceria de

atuação conjunta, as chances de que até a mais brilhante intervenção seja implementada com sucesso são mínimas. Este fato se comprova, particularmente na utilização de técnicas de “alto risco” como as baseadas na “intenção paradoxal”, que requerem um alto nível de confiança por parte do paciente.

Sobre este exemplo, a avaliação do problema do cliente foi precisa e se a intervenção fosse feita mais tarde, provavelmente teria sido bem-sucedida, desde que a paciente tivesse mantido as sessões para comprovar. A tendência a recorrer ao *kit* de ferramentas do terapeuta de maneira afobada e solucionar o problema rapidamente é, com certeza, exacerbada pela ênfase atual na terapia rápida ou com tempo estabelecido de duração. Basta dizer que levar em conta somente o lado “tempo é dinheiro” nem sempre favorece os interesses do cliente.

Como evitar o erro

Nas sessões iniciais, valorize a construção do relacionamento priorizando os seguintes fatores associados à eficácia terapêutica:

1. Melhore sua credibilidade descrevendo sua experiência com outros casos similares ao do cliente, nos quais o resultado tenha sido positivo.
2. Enfatize a naturalidade, não se comportando de maneira exageradamente formal. Uma paciente descreveu sentir-se à vontade com seu terapeuta, por ter gostado do fato de ele ser natural. Lembre-se de que um clínico pode ser “especialista” sem perder seu lado humanitário.
3. Mostre um olhar positivo exteriorizando seu interesse em trabalhar em conjunto com o paciente para resolver os problemas atuais.
4. Antes de iniciar qualquer intervenção, principalmente aquelas de natureza complexa ou incomum, reflita sobre o seguinte:
 - Tenho um conhecimento detalhado sobre a história e a natureza do problema?
 - Conheço o paciente suficientemente para determinar a adequação da intervenção?
 - O paciente me conhece e confia suficientemente em mim para acreditar nas minhas habilidades terapêuticas?

Embora você tenha credenciais e diplomas pendurados na parede do seu consultório, ganhar a confiança da maioria dos clientes é uma tarefa que consome tempo e exige que se construa um relacionamento com eles.

Erro n° 21

Falha na comunicação com empatia suficiente e outras demonstrações de apoio

Os pacientes que acreditavam no sucesso de sua terapia descreveram seus

terapeutas como “calorosos, atenciosos, interessados, compreensivos e respeitosos”.

H. Strupp, R. Fox e K. Lessler, 1969

Qual formando não decorou e treinou repetidas vezes os três imperativos de Cari Rogers: olhar positivo, congruência terapêutica e compreensão empática? Mesmo assim, muitos clientes interrompem a terapia porque sentem que seus terapeutas não têm uma ou mais dessas qualidades. Na verdade, em uma pesquisa com terapeutas que buscavam sua própria terapia pessoal, cerca de 30% relataram sentir que seus terapeutas não se preocupavam com eles, que não tinham empatia (Curtis, Field, Knaan-Kostman e Mannia, 2004). Da tríade terapêutica de Roger, a empatia tem sido a mais pesquisada. Vários estudos identificaram os muitos benefícios resultantes da empatia do terapeuta. Entre eles, o aumento da satisfação dos clientes, sentimentos de segurança e a manutenção das sessões terapêuticas em grande escala. E este é só o começo. Descobriu-se que a empatia ajuda os pacientes a pensar de forma mais produtiva (Sachse, 1990); ela facilita o reprocessamento emocional (Greenberg & Paivio, 1997) E, por fim, ajuda os terapeutas na opção por intervenções compatíveis com as referências do paciente. A empatia tem sido enfatizada pelos clínicos como um componente vital da terapia de várias orientações terapêuticas, inclusive a adleriana, a comportamental, cognitiva e emotiva-racional. Mesmo assim, esta qualidade fundamental costuma faltar mesmo no terapeuta mais experiente.

Uma paciente queixou-se ao seu renomado terapeuta de sentir-se insultada pela atitude formal e distante, quando ela falou de sua dificuldade de lidar com a doença terminal do marido. Sendo uma mulher objetiva, disse que ele parecia insensível e que “não estava realmente presente” nas sessões. O terapeuta refletiu sobre a questão e concluiu que ela estava certa. Então, admitiu sua falha na sessão seguinte e pediu sua colaboração futura, avisando-o se ele cometesse o mesmo erro novamente. Esta confissão ajudou a reparar o relacionamento danificado e a terapia eficaz pôde acontecer (Yalom, 1997).

Os clientes não sentem esta falta de empatia pelo fato de a maioria dos terapeutas não ser realmente calorosa com eles. Afinal, grande parte das pessoas que trabalham na área de saúde mental é genuinamente preocupada e costuma dar apoio aos pacientes. Porém, o que a pesquisa sugere é uma falta de conexão entre o nível de empatia que os terapeutas acreditam estar demonstrando e o que os clientes estão, de fato, recebendo.

Como evitar o erro

1. Comece todas as sessões fazendo contato com o olhar ao cumprimentar o paciente, um gesto particularmente necessário no fim do dia, quando você costuma estar cansado. Um aperto de mãos e uma saudação calorosa podem transmitir muito mais ao cliente do que o típico “como foi sua semana?”.
2. Desde o início da terapia, trate os clientes como iguais e respeite-os,

mostrando que você se importa em compreendê-los. Um terapeuta experiente diz: “Ouvi muitos clientes dizerem que ficavam magoados ou sentiam-se desrespeitados se as pessoas fossem muito rudes com eles, como se não estivessem interessadas. Então, sempre pergunto se eles se sentem compreendidos e respeitados.” (Jennings, Sovereign e Bottorff, 2005).

3. Preste atenção nos seus sentimentos em relação ao cliente, Pergunte-se: “Sinto empatia por este paciente e pelos seus problemas?” Não comece perguntando “Estou transmitindo empatia?”, mas pergunte a si mesmo se você sente empatia. Se a resposta for “Não sinto empatia suficiente”, uma das seguintes análises costuma ser útil:

- a. Preciso ouvir mais o que o cliente sente a este respeito para conectar-me a ele?
- b. Preciso-imaginar como eu me sentiria nesta situação para sentir-me conectado?

Erro nº 22

A crença de que a empatia e o olhar incondicionalmente positivo significam gostar do seu paciente

Em uma palestra recente sobre violência doméstica, o palestrante perguntou aos cerca de 30 participantes se eles prefeririam trabalhar com os agressores ou com as vítimas. A grande maioria optou pelas vítimas como clientes. O apresentador foi um dos poucos que acreditou no trabalho com os agressores como desafiador e profissionalmente satisfatório. Outros acreditavam que seria praticamente impossível ter uma visão positiva de uma pessoa tão diferente. Afinal, são pessoas potencialmente perigosas que abusam dos seus poderes nos relacionamentos para controlar, humilhar e machucar aqueles de quem elas deveriam cuidar.

O erro de conceito, nesse caso, é que para olhar alguém de forma positiva é preciso gostar da pessoa. Sentir algo caloroso em relação àqueles cujas ações, como a violência doméstica, os transformam em pessoas desagradáveis é pedir o impossível. Porém, como afirmou Cari Rogers, “O olhar positivo incondicional envolve a aceitação em relação à expressão do paciente de sentimentos negativos, “ruins”, dolorosos, temerosos, defensivos, anormais, da mesma forma que envolve a aceitação da expressão de seus sentimentos “bons”, positivos, maduros, confiantes, sociais” (1955).

Portanto, o objetivo não é gostar das pessoas que se comportam de forma deplorável, mas sim aceitar as pessoas como elas são no momento, e acreditar que podem ser ajudadas. E, de fato, muitas podem sê-lo. Por exemplo, no caso dos agressores, estatísticas recentes mostram que aqueles que completam um programa psicoeducacional de dez semanas estão muito menos propensos a repetir a violência (Palmer et al., 1992).

O necessário em relação aos terapeutas que trabalham em tais casos é explorar

as circunstâncias e experiências pessoais — o *background* — do paciente, de maneira que o comportamento seja visualizado em seu contexto geral, não para que ele seja justificado, mas como um meio de reconhecer a origem e o poder de suas atitudes e impulsividade.

O terapeuta Mark Freeman relata um caso dramático que exemplifica a necessidade de enxergar além das ações terríveis que uma pessoa pode cometer. O caso envolvia um pai que planejava matar a esposa e filho e, depois, suicidar-se. Os planos foram descobertos e ele foi imediatamente preso, esperando pela hospitalização de longo prazo. Durante semanas, as enfermeiras e os terapeutas ficaram distantes, em virtude de uma mistura de medo e desaprovação que sentiam pelo homem.

Isto continuou até saberem que ele fora diagnosticado com câncer de cólon e não teria mais de seis meses de vida. Quando seu terapeuta, antes distante, soube do problema, aproximou-se mais do paciente e depois soube que ele sempre fora um marido e um pai amoroso e presente, mas, além do câncer, também tinha problemas financeiros. Seus negócios estavam afundando e ele só conseguia prever um futuro de grande sofrimento para a sua família. Eles teriam que lidar com a sua morte, e suas vidas seriam de privações.

Seu raciocínio complexo fez com que ele acreditasse que a morte seria melhor para todos. Com esta revelação, o terapeuta mudou o conceito sobre seu cliente, possibilitando-lhe trabalhar produtivamente para reunir a família e planejar os desafios futuros (Freeman & Hayes, 2002).

Como evitar o erro

1. “Tente conectar-se com a pessoa que existe por trás do comportamento ou atitude repulsivo ou repugnante” (Wilkins, 2000). Conectar-se com tais indivíduos significa, em primeiro lugar, reconhecer que seus atos não são a totalidade de quem eles são; significa buscar informações sobre as forças, os sucessos e as metas da pessoa.

2. Reconheça que a mudança surgirá das forças do paciente, e não das suas fraquezas. Se os agressores perceberem que você gosta de algo neles, mas não do que eles fizeram; que você acredita que eles possam mudar e gostará ainda mais deles quando eles o fizerem, a probabilidade de uma forte parceria terapêutica aumenta muito.

3. Separe a emoção que levou seus clientes aos atos terríveis dos atos propriamente ditos por eles cometidos, e que provocam suas emoções negativas. Imagine a emoção levando a uma ação diferente, um objeto diferente, um lugar diferente. Em outras palavras, determine o que você quer que eles façam em relação ao sentimento e imagine, realmente, com os olhos da sua mente, o cliente tomando a atitude desejada. Por exemplo, imagine um cliente que tenha se envolvido em atos de violência doméstica solucionando o problema com trabalho comunitário quando estiver com raiva.

4. Conscientize-se de que se você ajudar a modificar o comportamento de um

agressor, estará evitando os males para muitas vítimas potenciais.

5. Cuidado para não se contagiar também. Assim como o terapeuta deve resistir ao contágio emocional do paciente que naturalmente provoca empatia, o profissional de saúde mental também precisa resistir ao contágio reativo provocado quando o paciente causa, naturalmente, medo, raiva, ou — pior ainda — nojo.

Erro n° 23

Falhas ao estimular o feedback do cliente no trabalho

Nos estudos de pacientes que interromperam as terapias, a maior parte dos terapeutas só soube da insatisfação de seus clientes após a interrupção do tratamento. Na verdade, em uma pesquisa posterior, só 17% a 30% dos terapeutas (dependendo do grau de experiência) eram capazes de identificar as áreas específicas de insatisfação que aqueles pacientes relatavam.

B. Reis e L. Brown, 1999

Infelizmente, a maioria dos clientes não comenta de forma objetiva os sentimentos negativos que podem ter em relação aos seus terapeutas ou ao processo terapêutico. Muitos pacientes são passivos e querem agradar, e podem considerar o falar das suas insatisfações com o terapeuta um ato de confronto. Portanto, os terapeutas devem mostrar aos seus clientes que esperam um *feedback*. Este estímulo começa na consulta inicial, e o *feedback* do paciente deveria ser um componente regular da terapia. Embora o incentivo ao *feedback* seja útil, os terapeutas podem ser muito resistentes à ideia, talvez temendo respostas que não gostariam de ouvir.

Um estagiário do segundo ano reclamou na aula de supervisão em grupo que seu progresso foi mínimo em um caso difícil. Quando um dos integrantes do grupo pediu que ele descrevesse a qualidade do relacionamento terapêutico, o estagiário afirmou acessar com regularidade os relatórios terapeuta-cliente, e disse que eles pareciam bastante positivos. Decidiu-se que seria útil ver um vídeo de uma sessão. Ao longo da revisão, notaram que o paciente parecia bastante distante, que suas respostas eram curtas, e o silêncio era tão constante que verificamos a fita de vídeo para ver se o som estava ligado. Em nenhum momento o terapeuta perguntou sobre a aparente relutância do paciente em falar e se ele tinha algum problema em relação à terapia ou ao terapeuta. Quando este ponto foi abordado com o estagiário, ele disse com determinação que, de fato, perguntou sobre o relacionamento. Rebobinamos a fita toda e perguntamos ao estagiário que parasse a fita após uma questão relacionada à “participação”. Ele parou a fita após sua primeira pergunta, “como foi sua semana?”.

“Como foi sua semana?” é uma frase adequada para começar uma consulta, mas não conduz com facilidade a uma exploração do relacionamento terapeuta-paciente.

Como evitar o erro

1. Faça perguntas diretas aos pacientes, por exemplo, se algo na sessão do dia foi útil ou inútil. Tais perguntas deixam muito claro que a terapia é um trabalho constante em conjunto. Essa pergunta envia a mensagem de que o terapeuta não sabe tudo, e que as intuições, o *feedback* e as perguntas do paciente são bem-vindos e apreciados.

2. No início das consultas, pergunte aos clientes se eles pensaram algo a mais sobre a última consulta. Se a resposta for positiva (e será cada vez mais positiva se você perguntar sempre), prossiga explorando o que não foi útil e se os clientes sentem que algo ficou por terminar,

3. Use uma ferramenta de avaliação da parceria terapêutica. Vários instrumentos foram desenvolvidos para fornecer aos clínicos uma ideia da perspectiva do paciente sobre a qualidade da parceria terapêutica.

Erro nº 24

A falta de atenção ao *feedback* verbal e não-verbal do cliente

Os terapeutas precisam estar atentos ao risco de suas próprias estimativas sobre o andamento do relacionamento — particularmente nas fases iniciais do trabalho terapêutico — serem diferentes das do paciente.

A. O. Horvath e B. D. Symonds, 1991

Mesmo encorajados, muitos pacientes podem sentir-se desconfortáveis ao expressar suas preocupações com o processo e/ ou progresso terapêutico. Portanto, os terapeutas podem trilhar seu caminho alegremente, acreditando que tudo está bem entre o paciente e o clínico, quando, na verdade, não está.

Um estudo interessante feito por Barrett-Lennard (1981) aborda a questão. Sua pesquisa investigou a seguinte pergunta: “Que níveis de empatia do terapeuta indicaram melhor o resultado da terapia: os do paciente, os de um observador treinado, ou os do terapeuta?” A resposta, surpreendentemente, é que somente a percepção do paciente sobre o nível de empatia do terapeuta era um indicador significativo dos resultados terapêuticos. Em outras palavras, o terapeuta pode sentir-se entusiasmado em relação ao seu paciente e até acreditar que está expressando esse entusiasmo, enquanto o paciente pode ver o terapeuta como pouco interessado, ou mesmo um pouco frio.

Como evitar o erro

Para avaliar com precisão o nível de conforto do cliente com o processo e o progresso da terapia, os terapeutas precisam estar atentos aos sutis indicadores de “parceria”, obtendo as seguintes informações:

1. O cliente está fazendo menos contato com os olhos do que fazia antes durante as consultas? A diminuição dos “olhos nos olhos” indica uma mudança no estado interno do paciente, podendo apontar para uma diminuição de confiança no terapeuta ou uma emoção ou experiência que o

paciente não se sente à vontade para partilhar.

2. O cliente está falando menos sobre assuntos pessoais e, no lugar deles, abordando questões tangenciais ou menos relevantes do ponto de vista terapêutico?

3. As saudações no início das consultas estão menos cordiais do que antes?

Erro n° 25

Reação defensiva ao *feedback* negativo do cliente

Em uma pesquisa sobre o *feedback* do cliente, Castenguay et al. (1996) descobriram que muitos terapeutas ignoravam, desvalorizavam ou reagiam mal quando os clientes expressavam suas preocupações. Por exemplo, muitos terapeutas psicodinâmicos viam a insatisfação de seus clientes como “resistência”. Então passavam a explorar a base da resistência, afastando elegantemente de si toda a responsabilidade. No mesmo estudo, descobriu-se que os terapeutas cognitivos costumavam considerar os comentários dos clientes distorções cognitivas relacionadas a expectativas e, por isso, os clínicos tentavam reestruturar seus pensamentos “irracionais”. Quanto aos clientes, costumavam concordar verbalmente com seus terapeutas que suas críticas não se justificavam. Entretanto, o problema existe: após admitirem sua culpa, muitos pacientes não retornaram às sessões. Batalha ganha, guerra perdida.

Estamos dizendo, com isso, que para alimentar o relacionamento terapêutico e melhorar o progresso do tratamento, é preciso abordar qualquer *feedback* negativo que o cliente possa ter. Porém, uma coisa é incentivar o *feedback* e outra bem diferente é responder a ele de forma produtiva e não defensiva. O principal ponto da questão é que por mais que os terapeutas tentem ser úteis, atenciosos, dar suporte, haverá, inevitavelmente, vezes em que os clientes poderão sentir-se ofendidos, negligenciados, mal compreendidos ou desapontados no seu progresso terapêutico.

Uma paciente em tratamento por problemas de estresse e de saúde começou a mostrar-se menos envolvida no processo terapêutico, atrasando-se para as consultas, parecendo patética e não completando as atividades estabelecidas para fora das sessões. O terapeuta trouxe o assunto à tona, dizendo: “Parece que estou cometendo algum erro com você. Estou?” A cliente disse: “Você realmente sabe muito sobre estresse e saúde; sinto que tem muita prática no assunto, mas... você não sabe muito sobre mim.” O terapeuta ficou surpreso, mas desculpou-se e pediu que ela partilhasse mais as questões que seriam importantes para as sessões. Assim, ele descobriu que ela sentia que, por mais que se esforçasse, seus problemas de saúde eram graves demais para serem superados. Basicamente, ela resignara-se a morrer.

Esse foi um caso no qual o terapeuta era o especialista de sempre no processo de análise e planejamento terapêuticos. Porém, ele não pensou em deixar a

paciente contar sua própria história, em seu próprio tempo. A salvação foi quando o profissional quis saber por que a terapia não estava progredindo bem e, depois, tomou as rédeas da situação assumindo medidas corretivas, entre elas, lidar com a falta de esperança da paciente, uma questão fundamental que precisava ser solucionada antes de avançarem para as “intervenções terapêuticas”.

Como evitar o erro

Ao lidar com o *feedback* negativo dos clientes, é importante lembrar-se do seguinte:

1. O fato de os clientes sentirem-se suficientemente seguros com você para expressarem suas preocupações indica a confiança existente no relacionamento terapêutico.
2. Os clientes respeitam os terapeutas que são capazes de admitir sua própria falibilidade.
3. Você pode usar a possível “ruptura” no relacionamento como uma forma de mostrar que os relacionamentos podem passar por dificuldades e superá-las, quando as pessoas são honestas e estão dispostas a resolver os problemas. Um terapeuta descreveu o processo da seguinte forma: “O que eu diria aos pacientes é que um relacionamento terapêutico é como todos os outros. Embora, por vezes, não queiramos que seja assim, ele o é, e a forma pela qual consertamos esta ruptura no nosso relacionamento também pode ajudar nas rupturas que ocorrerem nos outros relacionamentos. Este poderia ser o lugar para que isto aconteça e poderia servir como modelo para tal questão nas outras experiências” Sullivan, Skovhold e Jennings, 2005.

VI Como estabelecer limites incorretos entre o terapeuta e o cliente

... Quanto aos limites, os terapeutas devem trabalhar de forma a poder movimentar-se ao longo da linha interpessoal terapeuta-paciente (com propósitos de identificação), mas, ao mesmo tempo, manter-se firmemente atados ao seu próprio limite (com propósitos de objetividade).

H. Hermansson, 1997

Parece fácil; ouvimos isto mil vezes durante nosso aprendizado: “mantenha a distância necessária”. Porém, pergunte a dez terapeutas quais são as suas definições de distância e é provável que obtenha onze respostas. A noção mais comum sobre os “erros” de limites envolve o comportamento sexual ou romântico inadequado. Entretanto, os erros de limites podem envolver uma ampla variedade de comportamentos complexos. Então, comecemos esta discussão com uma tentativa de estabelecer definições. Um bom ponto de partida é a descrição oferecida por Katherine (1991), na qual se define distância como “um limite ou divisão que nos define como separados dos outros... que ordena nossas vidas e nos dá uma clara noção de nós mesmos e do nosso relacionamento com os outros”. Avançando mais uma etapa, Hermansson (1997) introduz os conceitos de fusão e individuação. Fusão ocorre quando os limites entre o paciente e o terapeuta ficam nublados; é um estado de confusão nos papéis de cada um”. No outro extremo, estão os terapeutas que permanecem friamente distantes dos seus pacientes, mantendo limites rígidos e inflexíveis demais.

Erro nº 26

Excesso de identificação com o paciente

Quando os terapeutas “fundem-se” ou identificam-se exageradamente com seus pacientes, eles vão muito além da expressão de empatia; além de se colocar no lugar do paciente, eles se perdem no processo. O resultado é uma grande falta de objetividade. O interessante é que os terapeutas com altas tendências à fusão relatam muito estresse e preocupação com o bem-estar dos seus pacientes, além de muitas dúvidas sobre suas próprias habilidades profissionais *Hellman, Morrison & Abramowitz, 1987*.

Muitos terapeutas que trabalham com vítimas traumatizadas por abuso tentam “resgatar” seus pacientes, oferecendo ajuda e mostrando-se disponíveis muito além do que é terapeuticamente adequado. Alguns, com fantasias exageradas de salvação, recebem cada vez mais pacientes com os problemas mais graves. Seu trabalho passa a ser uma missão que, infelizmente, em muitos dos casos, leva à exaustão do terapeuta.

Apesar das boas intenções do terapeuta, a mensagem que vem à tona para o paciente é “seu sofrimento é tão grande que precisarei dispor de muitos recursos e apoio pessoal para que você se recupere”. Isto abre as portas para o paciente e o terapeuta entrarem, ultrapassarem os limites adequados e tornarem-se excessivamente dependentes um do outro.

Porém, o excesso de identificação nem sempre ocorre no trabalho com os casos tradicionais de trauma. Em um caso, uma mulher pediu ajuda para lidar com um “casamento vazio, com um marido muito negligente e preocupado com sua carreira e seus filhos”. Ela pretendia manter o casamento até que as crianças estivessem na faculdade. A residente responsável pelo caso começou

a absorver a solidão e a sensação de falta de esperança da paciente por não conseguir mudar a situação de uma forma significativa. Após conversar muito com seu supervisor, a profissional decidiu que seria bom fazer terapia para abordar seu problema de “excesso de identificação” e o caso da paciente foi assumido pelo supervisor.

Como evitar o erro

1. Reconheça que trabalhar de maneira eficaz com os pacientes não significa “sentir sua dor”. Significa que você expressa a sua compreensão da profundidade da dor sentida pelo paciente. Por exemplo, um paciente muito angustiado revela que um relacionamento muito antigo terminou. Certamente, o terapeuta sensível reconhece o sofrimento mostrado pelo paciente com afirmações como “sinto muito pela sua perda, sei o quanto este relacionamento representa para você”. Porém, é importante isolar-se da perda do paciente, ou seja, não é bom juntar-se a ela na sua dor, como se ambos tivessem rompido um relacionamento.
2. Leve em conta que o trabalho com pacientes altamente perturbados e com vítimas de traumas exige atenção especial com o bem-estar do terapeuta, além da preocupação com o do paciente.
3. Todos os esforços devem ser feitos para manter o equilíbrio emocional quando os clientes recontam momentos de abuso e trauma. É preciso cumprir as etapas adequadas do cuidado com o próprio terapeuta, e é imprescindível avaliar com seriedade os esforços para o trabalho com as vítimas de traumas.
4. Reflita sobre o quanto da dor do paciente você está absorvendo e como ela está afetando sua eficácia e seu bem-estar emocional. Pergunte-se: seus próprios limites estão sendo forçados pelos seus sentimentos? Suas emoções estão fortes demais para que você consiga manter sua competência terapêutica?

Erro n° 27

Abuso dos níveis de intimidade física

Quaisquer que sejam as casas que eu visite, comparecerei pelo benefício do adoentado, mantendo-me à distância de qualquer injustiça intencional... particularmente de relações sexuais com mulheres e homens, sejam eles livres ou escravos.

Juramento de Hipócrates (c. 400A.C.)

O melhor exemplo de ultrapassagem dos limites é o da fusão entre o profissional e o romântico. Apesar do juramento de Hipócrates ter cerca de 2.500 anos, só recentemente foram colocadas em prática medidas judiciais severas contra o envolvimento romântico com pacientes de terapia. Agora, tal comportamento é visto como antiético, intruso e explorador, uma violação da confiança que deve ser inerente ao comportamento terapêutico. Sabe-se

também que isto é verdadeiro, independentemente de quem começa a dar os passos mais íntimos em direção ao outro. Mesmo assim, de 10 a 20% dos terapeutas (dependendo do estudo) admitem ter contato sexual com seus pacientes. Esta violação não se restringe aos terapeutas inexperientes. Em uma pesquisa sobre terapeutas mais velhos, altamente respeitados por seus conhecimentos e envolvimento com a ética, 5% admitiram utilizar “as condições de vida ou outros valores mais profundos do paciente” como um princípio racional para iniciar a atividade sexual com ele (Jennings et al., 2005).

Algumas pessoas podem argumentar que estão exagerando: terapeutas, treinadores e até professores da pré-escola estão preocupados, pois acreditam que o simples contato físico pode gerar acusações de abordagem física inadequada. Quanto a estes problemas, é bom conhecer o seu paciente; é preciso analisar cuidadosamente um paciente para compreender quais são e onde estão os seus limites. Um cliente pode achar adequado ser confortado com um abraço em determinadas circunstâncias, enquanto outro pode interpretar tal comportamento como invasivo. Um terceiro, ainda, pode realmente mostrar-se aberto a tal contato, na esperança de que ele evolua para um comportamento mais íntimo.

Também é importante que os terapeutas conheçam a si próprios, além dos seus pacientes. A situação terapêutica pode apresentar oportunidades para exploração às quais é difícil resistir, particularmente se as necessidades românticas da pessoa não estiverem preenchidas. Precisamos estar atentos aos sinais que nos avisam se estivermos caminhando rumo a um comportamento inadequado. Na revisão de muitos casos que foram para os comitês éticos, descobriu-se que quase sempre, “o ato da intimidade sexual foi a culminação de um longo processo que começou com sentimentos vagos, desconfortáveis de excitação, mas que evoluiu com passos calculados, racionalizados” (Keith-Spiegel e Koocher, 1985).

O Dr. Tédio atendeu Johanna durante o período em que seu casamento passava por uma crise séria. Sua esposa abandonara o trabalho e voltara a estudar, para dedicar-se a um mestrado em enfermagem. Suas atividades eram bastante intensas e muitas vezes, ela era obrigada a trabalhar à noite e durante os finais de semana na clínica da universidade. Johanna fora criada em um ambiente opressor e aprendeu cedo com seu pai que ela devia “ser vista, mas não ouvida”. Agora, pela primeira vez, ela encontrara um homem (seu terapeuta) que realmente ouvia o que ela dizia e parecia gostar dela e valorizá-la como ser humano. As expressões românticas começaram de forma inocente: um abraço após as sessões intensamente emocionais, cada vez mais tempo discutindo itens não relacionados à terapia e à vida pessoal do terapeuta. Quando Johanna falou sobre o agendamento de uma consulta e marcou uma última consulta no fim do dia (algo que ela nunca fizera antes), ficou claro que as coisas saíram de controle. Na consulta seguinte, o terapeuta

abordou o assunto afirmando que eles precisariam concentrar-se na terapia. Ela, porém, sentiu-se traída por mais um homem e encerrou a terapia. Além de o terapeuta perder uma paciente, Johanna, que comparecera à terapia com um conjunto de problemas, agora tinha mais problemas ainda para resolver.

Como evitar o erro

1. Saiba que não solucionar as necessidades românticas e de relacionamento fora da prática clínica deixa o terapeuta vulnerável e aumenta a possibilidade de ultrapassar os limites adequados nas sessões.

2. Tome uma atitude imediata quando você ou seu cliente começarem a comportar-se de maneira a ultrapassar os limites. Lembre-se de que as maiores quantidades de reclamações e suspensões em processos que envolvem o trabalho terapêutico ocorrem por violações dos limites de intimidade física.

3. Fique atento a frases ou gestos sedutores e reflita: (a) o que o paciente ganha sendo sedutor? e (b) que necessidades o cliente estaria satisfazendo se a sedução fosse bem-sucedida ou não? Alguns problemas comuns quando um cliente assume comportamento sedutor:

a. Por compartilhar questões pessoais profundas, o cliente confunde intimidade romântica com pessoal.

b. O cliente está procurando desesperadamente intimidade física e sente-se muito próximo emocionalmente do terapeuta.

c. O cliente quer ou precisa de mais controle sobre a situação terapêutica e está usando o sexo como uma forma de conquistar este controle.

d. O cliente sente (ou interpreta mal) as necessidades do terapeuta e tenta satisfazê-las.

e. O cliente precisa destruir o processo terapêutico.

Erro nº 28

Estabelecimento de limites excessivamente rígidos

... os terapeutas emocionalmente distantes podem ser tão perigosos quanto os que buscam muita intimidade.

M. Webster, 1991

Na outra ponta do espectro da fusão, encontra-se a “individação”, estado no qual os terapeutas mantêm uma distância emocional considerável dos seus clientes. Tais terapeutas parecem “desconectados” e, portanto, são vistos como frios, distantes e indiferentes. Nesse caso, a eficácia terapêutica é reduzida e a probabilidade de os clientes interromperem o tratamento é grande.

Manter a emoção distante ao ouvir os sofrimentos de um paciente ou seus problemas pós-traumáticos é uma reação natural. Qualquer pessoa que

frequente os cinemas já observou como as crianças e os adultos costumam cobrir os olhos em cenas assustadoras ou dramáticas. Quão maior não seria a tendência a evitar o desconforto de ouvir os dramas e traumas da vida real pelos quais nossos pacientes passaram? O problema é que ao tornar-se distante, é muito provável que o terapeuta aja e fale de maneira a minimizar a gravidade das experiências do paciente. Isto, por sua vez, pode fazer com que os pacientes sintam-se mal compreendidos ou mesmo culpados por seus infortúnios.

Os terapeutas distanciados também podem fazer um movimento para interromper os sentimentos fortes de um paciente antes que eles tenham sido totalmente expressos.' Com certeza, a meta de todos os profissionais da área é diminuir a dor e o sofrimento emocionais; mesmo assim, às vezes é terapeuticamente necessário revisitar memórias, eventos e imagens dolorosas. Nossa tendência natural é, por vezes, tentar suavizar a dor — talvez, mudando de assunto ou pegando imediatamente a caixa de lenços de papel. Isto se justifica se o cliente estiver mandando sinais claros de dissociação; porém, precisamos manter em mente que um dos fatores de cura da terapia é fazer com que o paciente alcance um ponto em que as recordações de um passado doloroso podem ser gradativamente toleradas. Portanto, na verdade, talvez acabemos por impedir o progresso terapêutico ao interrompermos estes sentimentos fortes cedo demais, evitando que os clientes reúnam suas próprias estratégias de superação do problema.

1. Após cada sessão, utilize alguns minutos para recarregar suas baterias emocionais. Mesmo que sua agenda esteja apertada, é melhor mudar o foco de atenção fazendo algo agradável e até divertido, como uma ligação ou envio de um e-mail pessoal.
2. Permita que o cliente expresse emoções apropriadas. Isto não significa reforçar a atuação teatral dramática, mas, sim, deixar que ele expresse todos os seus sentimentos genuínos e, talvez, previamente ignorados.
3. Lembre o paciente que mesmo que você não tenha passado por uma situação idêntica na sua vida, poderá certamente reconhecer o sofrimento pelo qual ele passou.
4. Agradeça ao paciente a confiança que ele depositou em você e por dividir seu passado íntimo.

Erro nº 29

Inadequação dos níveis de intimidade quanto à vida do terapeuta

O terapeuta esconde atrás de uma máscara fixa sua vida particular, quem ele realmente é. Como a lua, o terapeuta reflete... as expectativas do paciente sobre outras pessoas.

M. Myers, 1982

Os freudianos dizem não: “isto arruinará a tela branca sobre a qual os

sentimentos podem ser projetados e negará a transferência”. Outros se opõem a ela porque poderia afetar de forma inversa os resultados do tratamento, expondo as fraquezas ou vulnerabilidades do terapeuta, diminuindo a confiança do cliente nele. “Ela” é a revelação sobre a vida do terapeuta. Os prós e os contras do assunto têm sido discutidos há décadas. Felizmente, pesquisas científicas recentes forneceram uma base fatural necessária para este debate.

O mais abrangente estudo sobre a revelação da vida do terapeuta foi feito por Barrette Berman (2001). Eles treinaram os terapeutas na revelação recíproca, ou seja, revelações similares às do paciente em assunto e intensidade. Por exemplo, se um cliente revelasse sentir-se irritado sobre o rompimento de um relacionamento, o terapeuta revelaria experiências e sentimentos similares. Os resultados foram muito evidentes. Os clientes cujos terapeutas adotaram a revelação recíproca relataram menos sofrimento e também gostavam mais dos seus terapeutas do que daqueles percebidos como não reveladores.

Essa pesquisa comprova estudos anteriores que mostravam que quando os terapeutas revelam fatos sobre suas vidas pessoais, os clientes passam a vê-los como amistosos, abertos, dispostos a ajudar e calorosos. Porém, é preciso ser cuidadoso: o número médio de revelações de terapeutas no grupo experimental foi de cinco por sessão, enquanto o número médio de revelações dos clientes foi 60. Além disso, as revelações dos terapeutas foram consideravelmente mais breves que as dos clientes. Isto significa que os terapeutas não reagiram de maneira equivalente a cada revelação dos clientes, e foram bastante equilibrados em suas expressões pessoais. Revelações excessivas poderiam criar um impacto negativo sobre o tratamento, já que os clientes poderiam não dispor de tempo suficiente para expressar seus problemas e, também, poderiam sentir-se oprimidos por tantos detalhes da história pessoal do terapeuta.

Como evitar o erro

1. As revelações do terapeuta devem ser sucintas e relevantes. Se a “história” do cliente demorar cinco minutos, a experiência relatada pelo terapeuta deveria ser bem mais breve.

2. Tente igualar a intimidade e a intensidade emocional da revelação.

Um orientador de uma universidade ouvia as descrições de sua cliente sobre seus problemas de relacionamento com o pai, que ela considerava rígido e inflexível para compreender as dificuldades da vida de estudante. Ela sentia que todas as suas companheiras de quarto tinham pais mais sensíveis, envolvidos e que as apoiavam. O terapeuta, tentando moscar compreensão, disse: “Eu também não gosto do meu pai e fico o mais distante possível dele”. A cliente ficou horrorizada e mudou rapidamente de assunto, ficando distante. Na supervisão, o conselheiro percebeu que tentara mostrar empatia, mas que esta afirmação foi interpretada como uma diminuição da importância da sua

revelação íntima.

Erro nº 30

Falhas no estabelecimento de limites de disponibilidade para contato com o cliente fora das sessões.

Em um relacionamento terapêutico, muitos pacientes tentam fazer mais contato do que o apropriado fora das sessões. Isto pode ocorrer por telefone, convites para que o terapeuta compareça a eventos como casamentos, ou, em virtude da atual tecnologia, por e-mail:

Uma terapeuta em formação parecia muito orgulhosa ao descrever os fortes laços entre ela e uma paciente: “Ela envia e-mails pelo menos uma vez ao dia, para pedir conselhos e mandou muitos bilhetes agradecendo por eu estar sempre à disposição”. Infelizmente, uma avaliação mais minuciosa do “relacionamento terapêutico” revelou que, na verdade, a terapeuta estava exacerbando a dependência da paciente, fornecendo conselhos para questões sobre as quais ela precisava pensar sozinha. Por exemplo, a paciente concordara em contatar um programa de recreação para obter informações sobre como inscrever-se em um time de basquete. O auxílio à lista forneceu duas opções, mas ela não conseguia decidir o número que deveria chamar e mandou um e-mail para a terapeuta, pedindo auxílio. Este padrão de pedido de ajuda nos casos de decisões simples começou a aumentar com o passar do tempo.

Este tipo de acesso fácil ao terapeuta pode estimular a dependência e inibir o processo de tomada independente de decisões por parte do paciente. Obviamente, o objetivo dos terapeutas é ensinar os pacientes a satisfazer suas necessidades sozinhos. O contato fora das consultas, principalmente quando ocorre para diminuir a ansiedade, pode tornar-se um vício, com todos os problemas associados ao comportamento viciado, entre eles a raiva, se a substância viciante (no caso, o terapeuta) não estiver disponível quando o impulso de dependência surgir,

Como evitar o erro

1. Preste atenção nos casos em que um pedido de contato servir simplesmente para diminuir a ansiedade, especialmente se estiver relacionado a uma decisão que o cliente precisa tomar, ou a uma ação que está sendo avaliada.
2. Defina com clareza os limites do contato externo. Esclareça que as chamadas telefônicas devem ser feitas apenas em emergências. De tempos em tempos, pode ser necessário definir o termo emergência com mais detalhes, no caso de alguns pacientes com uma interpretação mais ampla do que seja uma necessidade urgente.
3. Para manter uma distância segura entre sua vida pessoal e a profissional, nunca dê a um cliente os telefones da sua casa ou celular de uso pessoal, não importa o quão importante você acredite que seja o assunto.

4. Seja cuidadoso no contato pela internet. Ela não é um meio seguro e pode violar os direitos de privacidade do cliente (Mallen, Voge e Rochlen, 2005).

VII Como fazer com que o paciente não se envolva no cumprimento das metas

Uma análise de 27 estudos mostrou que tanto a atribuição de “lições de casa” quanto a concordância com elas, estão positivamente relacionadas aos resultados da psicoterapia.

N. Kazantis, F. Deane e K. R. Ronan, 2000

Como indica o estudo de Kazantis, Deane e Ronan, fornecer aos clientes oportunidades de aplicar o que aprenderam na terapia é uma das chaves da eficácia terapêutica. Isto faz sentido, já que os clientes só passam uma ou duas horas por semana na terapia, e mais de 165 horas no mundo real. Portanto, seria razoável que a maioria dos terapeutas utilizasse regularmente as atividades “fora das consultas” como parte das suas ferramentas terapêuticas. Entretanto, a triste verdade é que grande parte dos terapeutas relata nunca utilizar tais instrumentos. Por que haveria tal desconexão entre o que mostra a pesquisa e o que faz a maior parte dos terapeutas?

O que a pesquisa não mostra é que a criação de “lições de casa” com as quais os pacientes realmente se comprometam é uma tarefa difícil, e há muitos erros terapêuticos que podem interferir no processo. Vamos relatar um caso que ajudará a ilustrar a questão:

O Dr. Decisão estava trabalhando com uma jovem, Sabrina, que ele diagnosticara com a fobia social. Sabrina tinha dificuldades particularmente em aulas, preocupando-se excessivamente para não chamar atenção sobre si. Para evitar a possibilidade de constrangimento, ela sempre chegava cedo na classe, sentava-se na última fileira e nunca levantava a mão para falar. Após muitas semanas de terapia nas quais nenhuma tarefa foi estabelecida, o terapeuta decidiu que era o momento de agir e sugeriu que Sabrina chegasse cinco minutos atrasada na sua próxima aula. Na consulta seguinte, Sabrina disse ao terapeuta que esquecera da tarefa, mas depois confessou que conseguira fazer a primeira parte — chegar atrasada —, só que não teve a coragem de realmente entrar na sala, então acabou faltando.

O caso de Sabrina foi apenas mais um exemplo de “resistência”, falta de comprometimento ou prontidão do cliente para mudar? Na verdade, uma análise mais detalhada da abordagem empregada pelo profissional revela vários erros terapêuticos que diminuem muito a probabilidade de comprometimento por parte do paciente.

Erro nº 31

Desenvolvimento unilateral da atividade fora da sessão

Para começar, o Dr. Decisão “decidiu” sozinho — sem falar com sua paciente — que era hora de agir e então, escolheu qual seria a ação. Esta abordagem unilateral ajudou a provocar a falta de comprometimento por parte da paciente. Da mesma forma que o processo terapêutico completo deveria ser feito em parceria, cada atribuição precisa ser estabelecida em conjunto. Portanto, o termo “atribuição” não é, de fato, adequado, porque conota uma pessoa fazendo a “atribuição”, e outra concordando. Os conceitos mais adequados são os de “experimentos”, “atividades” ou “tarefas”. Certamente, os terapeutas podem direcionar o desenvolvimento de possíveis estratégias, mas os pacientes devem ser estimulados a dar sua opinião e um *feedback*, na

medida em que as tarefas são desenvolvidas. Os pacientes que sentem sua participação no processo de determinação de uma atividade são mais passíveis de tentar, cumprir e manter o que quer que tenham aprendido com ela. Excluir o cliente do processo de tomada de decisões aumenta a probabilidade de que a tarefa fique aquém das capacidades do cliente. Neste caso, sugerir que a paciente chegasse à aula atrasada foi uma tentativa de fazer o gol com um só passe, no lugar de mover-se gradativamente em direção ao gol.

Como evitar o erro

1. Utilize uma abordagem do tipo *brainstorming* (uma sucessão espontânea de pensamentos que vêm naturalmente à tona, sem que haja tempo para reflexão), participando com o paciente na definição de duas ou três atividades externas possíveis, que podem ajudar a diminuir o problema. Depois, disponha as soluções em ordem, da menos para a mais difícil. No caso da estudante com fobia social, sentar-se mais perto da parte da frente da sala (e não na última fileira) pode ser a tarefa mais fácil; chegar cinco minutos adiantada (e não dez) poderia ser moderadamente difícil e chegar atrasada seria a mais difícil.
2. Permita que o paciente determine qual atividade deveria ser tentada inicialmente. Lembre-se de que as atividades não precisam ser muito difíceis para serem importantes.
3. Cuidado para não conduzir o cliente na direção da atividade que você preferiria que fosse empreendida. Isto é muito importante, especialmente nos casos de pacientes passivos que tendem a agradar aos terapeutas.

Uma paciente altamente comprometida com os desejos de terceiros e que quase não mostrava o que queria, foi ajudada a gerar duas possíveis tarefas: uma delas seria feita no trabalho e a outra, com seus amigos. Ambas foram avaliadas para que seus graus de dificuldade fossem equivalentes e provocassem o mesmo nível de ansiedade, mas a cliente “intuiu” qual delas o terapeuta preferia e concordou em fazer a tarefa do trabalho. Na semana seguinte, ainda não começara a tarefa, nem na outra. O terapeuta (sabidamente) perguntou-lhe sobre a outra opção e descobriu que seria, na verdade, a primeira opção da paciente, mas ela escolhera a outra porque não queria desapontá-lo.

4. Peça que o-cliente opine e tome decisões. Adultos, crianças, cachorros, funcionários e pacientes reagem aos elogios com uma tendência a repetir o comportamento desejado. Segundo o famoso psicólogo infantil Haim Ginott, “Alcance-os com a bondade.”

Erro nº 32

Falhas na preparação adequada dos clientes para as “tarefas”

É comum os terapeutas utilizarem uma abordagem do tipo “tome duas aspirinas e faça repouso”. Em outras palavras, eles agem como se o trabalho

com a saúde mental fosse idêntico ao modelo médico, no qual os pacientes pedem ao médico “sabe-tudo” um diagnóstico, um prognóstico e as indicações para o tratamento. Na verdade, a maioria dos clientes de terapia precisa ser convencida sobre a eficácia de intervenções específicas. Neste caso, além de a opinião de Sabrina não ter sido solicitada, em nenhum momento, na etapa de atribuição de tarefas feita pelo Dr. Decisão, sequer uma dica foi dada sobre o objetivo da atividade indutora de medo. O que parecia óbvio para o terapeuta pode ter sido visto de forma totalmente obscura pelo paciente. Para os que sofrem de fobias como a de Sabrina, uma explicação sobre a eficácia da “exposição gradual” deveria ter sido feita antes de qualquer recomendação de tarefas específicas. A preparação para a aceitação da lição de casa também inclui uma avaliação profunda dos obstáculos que podem prejudicar a concordância do paciente. Lembre-se de que se foi fácil para os clientes envolverem-se em tais atividades, é provável que já as estivessem cumprindo. Como demonstra o caso a seguir, uma inspeção das barreiras pode ajudar o terapeuta e o paciente a compreender o problema subjacente com mais clareza.

Uma paciente de 34 anos que trabalhava no departamento de RH de uma empresa de microprocessadores reclamou de seu trabalho atual e do anterior também, onde trabalhava para o “Sr. Cruel”. O emprego atual era opressor e ela precisava levar trabalho para casa, deixando-a sem tempo ou energia para dar atenção ao seu marido “negligenciado”. Porém, como havia dificuldades também no seu emprego anterior, o terapeuta começou a se questionar se ela não estaria contribuindo para suas próprias dificuldades ocupacionais. Então, o terapeuta fez com que a paciente concordasse em fazer um “diário” sobre seus sentimentos em relação ao seu emprego atual. Na semana seguinte, ela não havia feito as anotações, então, para facilitar a tarefa, a cliente concordou em gravar seus pensamentos. Na sua próxima sessão, sentindo-se ainda mais culpada, ela confessou não conseguir encontrar seu gravador. Por fim, o terapeuta deu-se conta da questão e decidiu inspecionar mais detalhadamente as barreiras para a conclusão da tarefa. A conversa deixou claro que a cliente não precisava fazer um diário dos seus sentimentos, mas sim encontrar um trabalho que permitisse a ela ter “tempo para respirar”. Então ela decidiu pedir uma transferência para uma posição menos exigente na empresa na qual trabalhava.

Como evitar o erro

1. Não presuma nada. Muitas vezes, os terapeutas “atribuem”, sem explicação, atividades como escrever um diário, relaxamento e outras técnicas de trabalho com imagens, presumindo que os benefícios de tais atividades serão óbvios para um cliente que concordará plenamente com os desejos do terapeuta.
2. Reserve tempo suficiente na sessão para desenvolver atribuições adequadas e para avaliar os obstáculos potenciais. Recomendações feitas no último

minuto, como a de Sabrina, tendem a não ser cumpridas.

Erro nº 33

Falhas ao oferecer o feedback de apoio com o objetivo de aumentar a confiança

Fazer com que os pacientes comprometam-se com as tarefas (mesmo aquelas que eles ajudaram a estabelecer) é quase tão difícil quanto fazer com que alunos façam as lições de casa no prazo. Conscientes do problema, terapeutas bem-sucedidos utilizam uma ampla gama de abordagens criadas para superar os vários obstáculos ao término das atividades fora das sessões.

Como evitar o erro

1. Utilize bilhetes do tipo “Post-it®”. Ao final da consulta, sugira que o cliente anote a atribuição e coloque o bilhete em casa, em um local adequado. O terapeuta também deveria anotar a tarefa, para revisá-la na próxima sessão.
2. Estimule o cliente a falar com uma pessoa de confiança, pedindo ao amigo para dizer como está o andamento da tarefa. Esta pessoa não deveria induzir à culpa, nem ter qualquer interesse oculto na atividade, a não ser o bem-estar do cliente. Maridos/esposas, filhos e pais não são boas opções.
3. Pergunte se o cliente tem um “colega” que também estaria interessado em cumprir a atividade desejada. Isto pode ajudar bastante no caso de tarefas como fazer cada vez mais exercícios, ou assistir a aulas, ou grupos de apoio,
4. Considere as atribuições como uma forma de aprender sobre uma pessoa, enquanto tenta novas experiências. Enfatize a possibilidade de a pessoa gostar da oportunidade de desenvolver novas habilidades que poderiam ser úteis ao longo da vida toda. Este é o lado “vendedor” de um terapeuta.
5. Não deixe nada ao acaso, esclarecendo tudo sobre a atribuição (como, quando e onde).

VIII Como piorar atitudes que já são ruins

Nenhum problema psicológico pode ser resolvido, nenhum processo de ajuda pode ser conduzido, sem que ocorram tentativas de mudança de atitudes.

D. Johnson, 1980

Quantas vezes você já ouviu pais dizerem aos seus filhos jovens: “você precisa mudar sua atitude”? Os terapeutas costumam passar pela mesma frustração. “Por que meu cliente não consegue ver o quão prejudiciais e distorcidas são suas atitudes de autoderrota e superá-las?” Ah, se fosse tão fácil assim... Porém, a difícil tarefa de mudar as atitudes dos pacientes pode ser a chave do trabalho terapêutico. Atitudes negativas contribuem diretamente com sentimentos de raiva, depressão, ansiedade, vergonha e culpa. Mas, como sabem todos os terapeutas, as atitudes podem ser muito resistentes à mudança. Os clientes apegam-se demais às atitudes derrotistas, como sentir que são “inferiores” ou “sem atrativos”, mesmo diante de evidências significativas que indiquem o contrário. A mudança de atitude requer uma análise de como o cliente enxerga o mundo, o futuro e a si mesmo. Muitas delas desenvolveram-se durante muitos anos e podem estar profundamente enraizadas. Portanto, a mudança é uma questão complicada e para trabalhá-la, é preciso ter consciência dos erros terapêuticos que podem realmente fortalecer as atitudes que você quer modificar,

Como primeiro passo, é crucial que os terapeutas compreendam a diferença entre atitudes e crenças. As crenças simples são reações claras a contextos específicos. Um exemplo é um estudante que acredita que um ou dois professores não gostam dele (o que pode ou não ser verdade). Atitudes, por outro lado, são grandes aglomerados de uma ampla variedade de crenças relativas que se desenvolveram em vários contextos, resultando em pensamentos como “As autoridades não gostam de mim”. As pessoas afirmam suas crenças de forma direta. Porém, elas raramente afirmam uma atitude da mesma forma, mas expressam-na por meio de padrões que envolvem um tema específico.

Por exemplo:

1. “Não se pode confiar nas pessoas” é uma atitude que reflete falta de confiança em várias situações envolvendo relacionamentos com amigos, com o sexo oposto, familiares ou funcionários. Afirmativas cognitivas como “não gosto de falar sobre mim”, ou “não dou tanta importância às amizades” podem refletir tal atitude.
2. “Nada do que eu fizer vai dar certo” é uma atitude que se manifesta quando a pessoa é convidada a executar novas tarefas. Os indivíduos com tal atitude podem dizer “esta atribuição é impossível”, ou “eu nunca serei suficientemente bom para tal”.
3. “De maneira geral, as pessoas não gostam de mim” é uma atitude que ocorre quando a pessoa enfrenta uma possível rejeição. Então, ao encontrar alguém pela primeira vez, elas podem dizer “este será, provavelmente, mais um desastre”.

Comparadas às atitudes, as crenças, na medida em que ocorrem, são mais fáceis de reconhecer pelos pacientes e terapeutas. Isto possibilita o trabalho

com a terapia cognitiva, comprovadamente eficiente para ajudar os clientes a identificarem vários padrões distorcidos e improdutivos. As instruções sobre o trabalho cognitivo foram explicadas em várias publicações técnicas. Entretanto, as abordagens da mudança de atitude receberam muito menos atenção e vários erros terapêuticos são cometidos com regularidade na tentativa de mudar as atitudes do paciente.

Erro n° 34

Problemas ao preparar o cliente para a mudança de atitude

Com frequência, os terapeutas envolvem-se em discussões sobre as atitudes dos pacientes, sem traçar os fundamentos para tal trabalho. Nesse caso, o cliente pode sentir-se atacado de forma inadvertida, resultando na inflexibilidade do seu ponto de vista ao tentar argumentar sobre a questão. Evitar este cenário significa, em primeiro lugar, explicar a relação entre as atitudes e as emoções, ou seja, “atitudes negativas costumam resultar em emoções negativas”, portanto, mudar as emoções significa examinar as bases lógicas de uma atitude.

Um estudante que estava há quatro anos numa universidade cujos cursos tinham dois anos de duração, disse sentir-se inferiorizado nos últimos tempos, pois todos os seus colegas estavam mais avançados do que ele, que repetiu em matemática e, para ajudar os pais com o sustento, trancou um semestre de estudos para trabalhar em período integral. Antes de responder à sua atitude de “inferioridade” em virtude de dedicar-se menos aos estudos, em primeiro lugar, o terapeuta explicou as consequências da atitude: “Ultimamente, temos falado sobre a relação entre a sua tristeza e a atitude de não ser tão competente quanto seus amigos, que estão se formando mais rapidamente. A ligação entre uma coisa e outra ficou clara? Se ficou, você acha que seria bom avaliar a possibilidade de que estar atrasado não seja tão ruim assim?”

Uma vez que o paciente compreenda com clareza a relação entre a atitude e seus sentimentos negativos, o terapeuta poderá passar para o procedimento de mudança de atitude.

Como evitar o erro

1. Lembre-se de que, como terapeutas, lemos vários estudos sobre a ideia do relacionamento entre os pensamentos e o comportamento. Entretanto, para o cliente comum, é provável que este conceito seja estranho. Então, é preciso que haja um cuidadoso exercício de “ligar os pontos”, para que o cliente “una-se” ao terapeuta na busca por uma atitude nova, mais produtiva. Caso contrário, prepare-se para uma guerra com o paciente.

2. Adote uma abordagem bem-humorada no lugar da “profissional corretiva” para mostrar o seu ponto de vista. Dizer “lá vem aquela atitude do tipo tudo ou nada que adoramos” é melhor que lembrá-lo com severidade que ele está, mais uma vez, pensando de maneira “distorcida”.

3. Não tente simplesmente fazer com que o paciente desista de determinada atitude. É maior que vocês dois. Somente a ação, a experiência e o trabalho com imagens são suficientemente fortes para modificar as atitudes.

Erro nº 35

Adoção de estratégias passivas de aprendizado

A mudança de atitude não acontece com sermões, exortações ou com um discurso do tipo “você consegue”. Simplesmente dizer aos pacientes com autoestima inferior que eles têm realmente muitas qualidades, interesses e habilidades não deve resolver o problema. O que os terapeutas precisam fazer é o que os grandes professores têm feito desde os tempos antigos: envolver ativamente os; estudantes no processo de aprendizado. E a mudança de atitude é um processo de aprendizagem muito similar ao de se aprender uma nova filosofia ou conjunto de valores. Comprovou-se que o aprendizado ativo resulta em uma interiorização muito maior dos conceitos do que o aprendizado automático, passivo.

Como evitar o erro

1. Use o questionamento socrático. Esta abordagem vem, provavelmente, de antes da época de Sócrates. Em vez de dar sermões nos clientes explicando por que eles deveriam parar com as atitudes inadequadas, o questionamento socrático, sistemático e sem confronto, permite que as pessoas tirem suas próprias conclusões sobre a imprecisão das suas atitudes negativas. Matross (1975) desenvolveu uma abordagem em quatro etapas, na qual aplicava o método socrático para mudar as atitudes prejudiciais que os clientes adotavam em relação a si próprios:

a. Identifique a atitude prejudicial. A primeira coisa que o terapeuta deve fazer é uma análise cuidadosa, para descobrir quaisquer atitudes negativas, como “não conquistei muitas coisas ao longo da minha vida”, “sou incompetente”, e “falhei em tudo o que fiz”.

b. Identifique uma atitude alternativa, que seja incompatível com a negativa. Após a avaliação, o terapeuta constrói uma visão mais positiva e precisa do cliente (por exemplo, “sou mais competente do que acredito ser”).

c. Indique vários exemplos de comportamentos associados à atitude incompatível. Agora o questionamento começa com o objetivo de revelar inconsistências em relação à atitude prejudicial:

- Cite alguns exemplos recentes ou mais antigos de momentos nos quais você tenha se esforçado para realizar alguma coisa.
- Quais foram os resultados dos seus esforços?
- O que você sentiu em relação ao resultado?
- Que resposta você obteve pelo seu trabalho?

d. Faça com que o paciente reflita sobre a nova atitude incompatível. O passo

final é ajudar o paciente a resumir as informações “concorrentes” e integrá-las em uma autoavaliação revisada: “com base no que conversamos, quais são seus pensamentos sobre sua habilidade de ser bem-sucedido?”.

2. Represente, Com esta abordagem, o terapeuta explica ao paciente como, às vezes, a melhor maneira de mudar uma atitude prejudicial é “praticar a ação, como se você fosse uma pessoa cuja atitude é oposta à sua, por exemplo, alguém com autoestima e confiança elevadas que goste de falar de seus pontos fortes e suas conquistas”. É imprescindível que o terapeuta estimule o paciente a inserir-se completamente no papel representado, pois “quanto mais envolvido emocionalmente ele estiver no papel que representa, mais eficaz será o seu efeito sobre suas atitudes” (Johnson, 1980).

Erro nº 36

Falhas ao ouvir as principais crenças do cliente

Alex, um cliente de 32 anos, estava no terceiro casamento (ou, digamos, caminhando para o seu fim), quando sua esposa insistiu para que ele frequentasse a terapia com ela, para tratar dos seus sentimentos de desconfiança em relação a ela. A avaliação de seus relacionamentos anteriores revelou uma atitude profundamente enraizada de que as mulheres não são dignas de confiança, o que levou-o a adotar um comportamento “distante”, fazendo com que suas parceiras (inclusive sua esposa) ficassem cada vez mais afastadas dele. No início, o terapeuta tentou aplicar técnicas de mudança cognitiva para diminuir o pensamento “extremista” de Alex e sua tendência a generalizar as coisas. O paciente concordou intelectualmente, mas o método em nada contribuiu para mudar seus sentimentos básicos em relação às mulheres. Após receber a indicação de outro terapeuta mais experiente em mudança de atitudes, Alex começou a reconhecer, após algum tempo, que a atitude que estava por trás das suas dificuldades envolvia a crença de que as mulheres não são dignas de confiança, porque os homens irão desapontá-las, exatamente como seu pai fizera. Quando o foco foi dirigido para a crença correta, as técnicas adequadas de mudança de atitude foram aplicadas e Alex progrediu significativamente.

As crenças profundamente arraigadas podem mudar, porém, isto só acontecerá se elas forem claramente identificadas e somente quando o paciente puder enxergar o que elas produzem, e que outras pessoas, dignas de admiração e bem-sucedidas, têm outras crenças mais eficientes para trilhar os caminhos da vida.

Como evitar o erro

1. Para conhecer as crenças do cliente, pergunte sobre pessoas que ele admira ou em quem ele se espelha:

a. Quais foram os heróis ou heroínas dos livros, filmes ou da vida que você admirou na infância?

b. Quem são os seus heróis agora?

c. Que notícia sobre as atitudes de alguém o emocionou?

Lembre-se de que as principais crenças não aparecem especificamente em uma ocasião, ou em resposta a algumas perguntas. A análise dos valores é parte constante do processo terapêutico.

Erro n° 37

Falhas ao explicar que as atitudes não são características imutáveis

Por que estou tão deprimido? Deve ser a minha personalidade. As outras pessoas não deixam que as coisas as aborream, como eu deixo.

A forma como os pacientes vêm a fonte dos seus problemas pode ter grande impacto em seu grau de otimismo para a mudança. Quando vêm seus problemas como resultantes de fontes estáveis e fixas, como sua personalidade básica ou o "destino", é provável que se sintam sem esperança e desmoralizados. Portanto, os terapeutas precisam mudar esses erros de percepção elaborando explicações focadas no papel dos estresses ambientais e os hábitos de comportamento e de pensamento adquiridos. A atribuição de problemas a fontes instáveis pode oferecer o progresso em curto prazo no bem-estar do paciente, assim como esperança para a mudança em longo prazo.

Durante sua primeira consulta, Rosie, uma gerente de 59 anos residente na Califórnia, afirmou ter destruído o relacionamento com seu irmão, seu último parente vivo. Ela foi a um casamento em Wisconsin, cidade onde ele morava, e começou uma discussão com sua esposa de 45 anos. A discussão se agravou e Rosie ficou inflexível, por acreditar entender muito mais do assunto que sua cunhada. Resultado: seu irmão avisou que não iria mais visitá-la no verão, como sempre fizera por muitos anos. A atitude subjacente que levou às dificuldades de Rosie foi resumida por sua afirmação, para o terapeuta, de que ela sempre acreditara que se alguém estivesse errado, bastava dizer isto.

Uma avaliação dessas pessoas que ela valorizava em sua vida, revelou que seu pai e seu marido apoiavam tal atitude, acreditando que "quem cala, consente". Neste ponto, Rosie acreditava que não havia como mudar, já que ao longo da vida, perdera vários relacionamentos por suas opiniões. No início, o terapeuta tentou utilizar uma abordagem cognitiva, na qual Rosie precisava avaliar os méritos relativos de exteriorizar suas opiniões em conversas com a cunhada, ou salvar o relacionamento com seu último parente. Embora Rosie pudesse entender que o mais importante era o relacionamento com seu irmão, ela ainda não conseguia evitar a "explosão". Para ajudar a modificar o conceito de que mudar era possível, o terapeuta pediu que ela praticasse a afirmação "discordo totalmente de você, mas não vale a pena brigar por isso" e, depois, pediu que ela se imaginasse saindo da sala. Por fim, Rosie sentiu que poderia conversar com a cunhada, que, agora, era considerada como incapaz de

mudar.

Como evitar o erro

1. Peça aos pacientes que acham que não conseguem mudar que aprendam algo novo e tragam o comentário na próxima consulta. A tarefa pode ser simples, como aprender alguma coisa na cozinha ou fazer uma palavra cruzada, desde que nunca tenham feito tal atividade.
2. Envolver o cliente em uma discussão para rever os vários ajustes feitos na vida, como ir a novas escolas, mudar de um bairro para outro e fazer novas amizades. Lembre o paciente como estas mudanças pareciam, inicialmente, difíceis e insuperáveis, mas que, com o passar do tempo, tornaram-se fontes de orgulho e sensação de missão cumprida.
3. Fale sobre os conceitos de “otimismo” e “pessimismo”. Peça que o paciente identifique em que ponto do processo contínuo ele realmente vislumbrou a si mesmo, seu futuro, seu universo. Solicite que ele anote os momentos de otimismo semanalmente, marcando quaisquer mudanças.

IX Como evitar o confronto com os pacientes

O confronto é utilizado quando o terapeuta detecta discrepâncias: (a) entre o que os pacientes dizem e o que disseram antes; (b) entre o que os pacientes estão comunicando verbalmente e não-verbalmente; e (c) entre a forma pela qual os pacientes vêem seus problemas e a forma pela qual os terapeutas os vêem.

S. R. Walen, R. Digiuseppe e W. Dryden, 1992

É raro um terapeuta que aprecie a ideia de apontar as inconsistências, os *déficits* e os padrões comportamentais negativos ou cognitivos de seus clientes. Pelo contrário, nós queremos nutrir, estimular e enfatizar as forças das pessoas. Então, temos por hábito evitar a menção dos constantes atrasos dos pacientes em relação ao horário das sessões, seus pagamentos irregulares, seus comportamentos derrotistas e o não-cumprimento das atribuições terapêuticas estabelecidas. Trazer tais assuntos à tona costuma ser interpretado como confronto, uma expressão que evoca imagens de batalhas verbais tensas, nas quais uma das partes tenta vencer. Porém, o objetivo das confrontações terapêuticas é bastante diferente. No lugar de ser um jogo de poder, é uma tentativa de educar e expandir a conscientização do cliente.

Erro nº 38

Reação passiva diante do comportamento improdutivo do cliente

Uma cliente de um centro de aconselhamento universitário começou a terapia com algumas dúvidas. Acreditava que seu terapeuta anterior interromperia o tratamento apenas com a vaga impressão de que não acreditava realmente poder ajudá-la. Seu novo terapeuta estava preocupado com vários comportamentos vistos como “fugas da terapia”. Ela costumava chegar atrasada às sessões, saía mais cedo das consultas para ir a outros compromissos e faltava sem avisar com antecedência. O interessante era que as sessões às quais ela não ia ocorriam após uma consulta terapêutica particularmente “eficaz”, pelo menos do ponto de vista do terapeuta. O clínico temia que se abordassem tais questões, poderia perder a cliente, e, o que é ainda pior, falhar como terapeuta com um caso no qual trabalhara longamente.

Muitos terapeutas que evitam o confronto simplesmente não se sentem bem assumindo um papel autoritário. É como o pai que é muito bom ao se doar para o seu filho, mas que tem dificuldades em estabelecer os limites apropriados. É claro que os pacientes não são crianças, mas às vezes, a comunicação assertiva é a essência da terapia, a chance do crescimento terapêutico. Omitir tal comunicação equivale a deixar as crianças crescerem sem a orientação dos pais.

No caso da paciente que “fugia da terapia”, o terapeuta recebeu ajuda para formular uma resposta mais firme. Disse à paciente que ele gostaria muito que a terapia funcionasse, mas que talvez ela preferisse o tratamento com outro terapeuta. Então ele perguntou à cliente se esta seria uma boa solução e, se não fosse, qual seria. Este “confronto” levou a um diálogo produtivo no qual a paciente ficou ciente da sua “ambivalência” para conectar-se com mais um terapeuta, temerosa de que pudesse ser abandonada novamente. No fim do “confronto”, ela afirmou estar realmente surpresa pelo fato de o terapeuta importar-se suficientemente com ela para tratar do assunto e isto resultou num novo comprometimento em relação à terapia.

Como evitar o erro

1. Reconheça que os clientes raramente reagirão de forma negativa aos “confrontos”, se eles forem feitos com sensibilidade,
2. Proceda com cautela, equilibrando, também, qualquer crítica com afirmações de apoio. Como no caso da história mencionada, o terapeuta foi cuidadoso ao fazer, em primeiro lugar, a afirmação de que desejava que a terapia funcionasse para a cliente, e não que ele a estava repreendendo pela sua aparente falta de comprometimento. Depois, ele perguntou se os seus atrasos poderiam ser um reflexo da sua insatisfação com o tratamento.
3. Quando precisar enfrentar questões mais delicadas, ensaie com antecedência em termos comportamentais as afirmações, até que esteja seguro. Em outras palavras, precisamos “tomar nosso próprio remédio” e praticar comportamentos firmes antes, para diminuir a ansiedade.
4. Lembre-se de que a terapia oferece um equilíbrio entre compaixão e desafio para os clientes. Centrar a atenção somente nos aspectos mais amorosos do tratamento terapêutico é omitir a base do crescimento terapêutico, ou seja, a *mudança*. E a mudança não costuma acontecer assim, do nada; é preciso que haja o trabalho de um terapeuta suficientemente preocupado em tratar os padrões negativos ou improdutivos de comportamento ou pensamento do cliente.

Erro nº 39

Reação agressiva ou insensível

De um lado, temos ou terapeutas passivos e de outro, aqueles cujo *feedback* é apresentado de maneira exageradamente severa ou áspera. Tais terapeutas parecem esquecer-se de um princípio fundamental do “treinamento assertivo”: ao falar de um ponto negativo, a comunicação precisa ser suficientemente firme para chegar no ponto desejado, enquanto, ao mesmo tempo, é respeitosa e mostra apoio.

Um caso envolvia uma professora universitária que mantinha um relacionamento amoroso com um colega casado. Pacientemente, ela esperou muitos anos que ele se separasse da esposa, mas ele sempre dava uma ou outra desculpa para não terminar o casamento. Seu terapeuta estava tão cansado quanto ela da situação, e ansioso para que a questão fosse solucionada. Em um momento de impaciência, ele disse: “você já imaginou o impacto que a notícia teria sobre a esposa e os filhos?”. A cliente sentiu-se muito ofendida por esta tentativa de indução à culpa e interrompeu abruptamente a terapia.

Cada terapeuta tem um “ponto de ruptura”. Pode ser um tipo de cliente que desencadeie comentários insensíveis ou hostis. Podem ser adolescentes que reclamam sem parar dos seus pais, casais em processo de divórcio que envolvem os filhos no rompimento, pais abusivos, clientes sem disposição

para tentar nada que esteja fora de sua zona de conforto, e casais que só vêm a contribuição do outro para os problemas do casamento. Estes são só alguns exemplos dentre os vários que podem desafiar a paciência e a boa vontade de um terapeuta. Qual é o clínico que não tem vontade de dizer a um adolescente reclamão que seus pais também são humanos e estão apenas tentando fazer a sua parte? Que bom seria lembrar aos pais excessivamente protetores que eles também já foram jovens! Porém, o prazer de tais confrontos seria recompensado com a diminuição ainda mais aguda da dedicação ao caso.

Como evitar o erro

1. Identifique as categorias de pacientes que têm probabilidade de ultrapassar os seus limites. Além dos exemplos citados, alguns terapeutas têm pouca tolerância aos clientes que não conseguem falar do assunto em questão, indivíduos muito tímidos que precisam ser/continuamente trazidos para o assunto,, clientes narcisistas, que acham que o mundo gira ao redor deles, clientes limítrofes, que são imprevisíveis e costumam agredir o terapeuta, e clientes depressivos quando estão com um humor particularmente triste.
2. Seja firme ao estabelecer regras adequadas de comportamento durante a terapia. Isto é muito importante, especialmente nas sessões de casais ou familiares.
3. Deixe que os pacientes saibam de forma direta e honesta que seu comportamento não está de acordo com as metas da terapia. Às vezes, uma metáfora pode ser usada para transmitir a mensagem. Por exemplo: “Estamos falando de você cuidar de si e você está me contando que não se cuida. Então, quero te dar uma palmada” (Kassan, 1999).

X Como fazer com que os clientes recusem o uso de remédios

Fazer com que o terapeuta sugira a possibilidade de uso de medicação... e a ingestão de remédios para mudar a maneira de pensar ou sentir de um paciente, são atitudes que fazem parte de uma interação que pode ter significados muito fortes para o paciente.

M. Gitlin, 1996

Amber, uma estudante de 23 anos, voltou a estudar após ter ficado hospitalizada em virtude de um grave episódio de desequilíbrio. Ela procurou tratamento no centro de aconselhamento psicológico de sua universidade, onde disse que, no momento, seus surtos estavam sob controle com o uso de medicações, mas que ela ainda sentia-se deprimida e com dificuldades para conhecer as pessoas no *campus*. Após uma consulta com seu psiquiatra, recomendou-se que ela acrescentasse um antidepressivo aos seus remédios. Porém, Amber se opôs, dizendo que não gostaria de ser excessivamente medicada, nem de ficar dependente das drogas.

Apesar da percepção comum de que muita gente busca alívio para os sintomas psicológicos por meio de remédios, na verdade, a indicação do uso de remédios é uma das intervenções mais delicadas e perigosas que um terapeuta pode fazer. O caso acima exemplifica muito bem a questão. Eis alguém cuja experiência com os remédios é essencialmente positiva e mesmo assim, ela é muito resistente ao uso de mais uma medicação. Para os que nunca utilizaram medicação psicotrópica, a resistência pode ser ainda maior. Em muitos casos, se o paciente não for preparado adequadamente, o relacionamento terapeuta-cliente pode ser prejudicado, ou, ainda, pode ocorrer a interrupção do tratamento em um momento inadequado.

Erro nº 40

Falhas ao preparar os clientes com antecedência para um possível uso de medicamentos

Sabendo que a maioria dos pacientes resistirá ao uso de medicações, é melhor semear a ideia o quanto antes. Os terapeutas começam a desenvolver um sexto sentido de que os sintomas dos seus pacientes podem ser suficientemente graves para demandar uma avaliação de uso da medicação. Nesse caso, é bom mencionar que às vezes ela pode ajudar a terapia. Lembre-se de enfatizar que você ainda não tem certeza se, no caso do paciente, o remédio será necessário. Depois, tente avaliar as atitudes do paciente em relação à possibilidade de uso do remédio. Assim, você terá uma noção do que o espera ao longo do processo.

Como evitar o erro

1. Avalie o histórico do cliente quanto à medicação psicotrópica no início da terapia, assim como as suas atitudes atuais em relação ao uso de remédios.
2. Atualize constantemente seus conhecimentos sobre a psicofarmacologia. Para tanto, pode-se assistir a cursos contínuos, visitando *websites* e mantendo-se atualizado quanto à literatura.
3. Ao lidar com problemas para os quais se costumam prescrever remédios, informe seus pacientes sobre isto no início do tratamento. Dê-lhes uma breve noção, porém consistente, da possível eficácia do remédio.²

4. Faça uma lista de possíveis recomendações para avaliações da necessidade de uso de medicamentos. É importante fundamentá-las com testemunhos de ex-pacientes ou pacientes em tratamento, e não nos testemunhos de terapeutas com quem você mantém um relacionamento pessoal.

Erro nº 41

Falhas ao preparar-se para as objeções, preocupações e resistência ao uso de medicamentos por parte do cliente

Um contador de uma empresa de óleo mostrava sinais de depressão (padrões de perturbação do sono, diminuição do apetite, falta de coordenação e ligeiro retardo psicomotor). O terapeuta recomendou acertadamente uma consulta com um psiquiatra para avaliar o possível uso de um remédio. O cliente concordou balançando a cabeça, mas marcou a consulta muito depois e, quando chegou o dia, perdeu o horário, pois estava dormindo.

Quando se faz uma recomendação para avaliação médica para uso de medicamentos, é importante abordar quaisquer preocupações que o paciente possa ter. No caso citado, o terapeuta enganou-se com o balançar de cabeça, interpretando o gesto como a aceitação de uma avaliação psiquiátrica. Somente semanas depois, após o cliente ter perdido a consulta, o terapeuta pesquisou mais detalhadamente as questões do paciente sobre a indicação. Então, descobriu-se que a confidencialidade era a questão principal, e ele não queria que ficasse registrado na sua ficha que ele estava recebendo tratamento médico para um problema psiquiátrico.

Como evitar o problema

1. Sempre que possível, fale de forma generalizada sobre o uso de remédios, antes de recomendar aos clientes uma consulta psiquiátrica.
2. Não confunda o silêncio do cliente com concordância. Alguns clientes podem ser bastante passivos e não dispostos a arriscar a desaprovação do seu terapeuta, questionando suas recomendações. Nestes casos, é função do terapeuta descobrir as possíveis objeções, dizendo frases como: “Muitas pessoas têm forte resistência ao uso de remédios como parte da terapia. É o seu caso?”
3. Esteja preparado para responder às perguntas dos pacientes e ajude-os a diminuir sua ansiedade quanto ao assunto. Muitas vezes, a resistência à medicação está relacionada aos significados que o paciente atribui à ideia de tomar medicações. A seguir, algumas das objeções e preocupações mais comuns que os pacientes podem abordar e algumas respostas sugeridas:

Paciente: Isto quer dizer que você está insatisfeito com o meu progresso na terapia?

Terapeuta: De maneira alguma. Significa que a terapia pode ter ajuda e ser feita mais rapidamente, com um ajuste temporário de substâncias químicas cerebrais.

Paciente: Isto significa que você me acha louco, ou insuficientemente saudável para fazer a terapia normal?

Terapeuta: Normalmente, a medicação é uma ferramenta útil e temporária, que ajuda nossa terapia a funcionar mais rapidamente. Quando você fica deprimido ou ansioso, seu cérebro pode entrar em um novo padrão que passa a ser habitual. Os remédios podem ajudá-lo a sair deste hábito e a voltar para um estado mais adaptável.

Para muitos pacientes, as preocupações resultam de uma falta de informação. Eles estão preocupados (com motivos para tanto) sobre questões como dependência e efeitos colaterais. Em tais casos, é indicada uma abordagem psicoeducacional. Ela pode envolver uma ampla variedade de ferramentas educacionais, como folhetos, *websites* e anúncios que ajudam a explicar os conceitos básicos do funcionamento cerebral.

Cliente: Acabo de ler sobre os terríveis efeitos colaterais dos antidepressivos.

Terapeuta: Os efeitos colaterais acontecem e os piores aparecem na mídia. Eles são incomuns, mas o médico que indiquei está apto a discutir detalhadamente esta questão, além de descobrir quaisquer sinais de dificuldades.

Cliente: Ainda assim, eu não me arriscaria.

Terapeuta: Tudo bem. Mas pelo menos você deveria falar com um especialista sobre o assunto e tomar uma decisão com base em fundamentos corretos. Se, após a consulta, você não quiser tomar o remédio, não precisará fazê-lo. Se o psiquiatra achar que você é um candidato ao uso de medicação e puder afastar seus temores, você terá mais uma opção para sentir-se melhor.

A medicação é uma ferramenta para ajudar no processo terapêutico. Para a pessoa certa, no momento certo, pode ajudar e acelerar o tratamento. Um sim ou um não automático não são boas respostas para a recomendação de uma consulta para abordar o uso de remédios. Os pacientes devem sempre ser lembrados de que estão encarregados do tratamento e uma consulta não significa a prescrição do remédio, e, se ocorrer tal prescrição, o cliente não será obrigado a fazer uso da medicação. É apenas mais uma opção que pode ajudar no tratamento.

XI Como não encerrar uma terapia

Da natureza do trabalho, surge a natureza do encerramento. Se tivermos nos encontrado três vezes, podemos parar e encerrar o trabalho na mesma sessão em que surgir a ideia de interrupção. Se estivermos nos encontrando por três anos, é provável que falemos sobre o assunto de tempos em tempos. É provável que estreitemos as consultas por algum tempo e, depois, que abordemos a natureza do relacionamento.

M. Sullivan, T. Skovhold e L. Jennings, 2005

Inícios de relacionamentos são sempre difíceis: os primeiros instantes no contato com um novo cliente são os momentos de “vai ou racha”, enquanto tentamos criar uma ponte para atravessar aquele espaço tão delicado entre estranhos. Os finais podem ser ainda mais difíceis: às vezes os clientes desaparecem, encerrando de maneira unilateral o tratamento, sem mesmo avisar. Mesmo quando a decisão é mútua, os sentimentos de perda podem surgir para o cliente e o terapeuta também. Portanto, lidar com a questão do término do tratamento é parte do processo terapêutico. E, tão importante quanto terminar bem, é começar bem. Mesmo assim, o processo de término não recebe a devida atenção e, por isto, podem ocorrer vários erros de omissão.

Erro nº 42

Falhas ao abordar o término do tratamento no início da terapia

Falhar na preparação é preparar-se para falhar.

John Wooden

No processo terapêutico, com que antecedência a questão do encerramento deve ser abordada? Por motivos éticos, atualmente os terapeutas são aconselhados a falar do assunto desde o início, avisando aos clientes sobre seus direitos de encerrar o tratamento quando acharem adequado. Além disso, as condições sob as quais o terapeuta pode encerrar o tratamento também devem ser discutidas. Nos casos em que o terapeuta sentir a necessidade de interromper o tratamento, é essencial indicar outros profissionais. São muitas as circunstâncias que podem levar o terapeuta e o paciente a considerar o fim das consultas.

1. Falta de progresso clínico

Claire era uma alcoólatra tão acostumada ao fracasso, que mesmo quando comparecia embriagada às consultas de terapia de casal, negava ter problemas com a bebida. Durante essas consultas, ficava desconcentrada e hostil.

A questão do não beber antes das sessões foi abordada sem resultados. A única saída do terapeuta foi informar que a terapia não estava funcionando e indicar outros profissionais, como terapeutas de casal ou aconselhamento individual.

2. A falta de vontade do cliente de participar do processo terapêutico

Exemplos: ausências constantes, ou atrasos nas sessões, e falhas nas atividades estabelecidas fora das consultas. Um cliente faltava com frequência às sessões, alegando simplesmente que “esquecera”. Nenhuma solução para lembrá-lo fazia efeito, como o uso de um *palm* ou um amigo que lembrasse o compromisso. Entre as sessões, ele nunca cumpria as atribuições desenvolvidas para tratar o excesso de ingestão de álcool e o fato de pular de uma cama para outra (às vezes, ambos ao mesmo tempo), eram

problemas que ele afirmava desesperadamente que gostaria de resolver. O cliente recebeu, então, indicações de outros especialistas.

3. Reconhecimento de que o tratamento do paciente requer habilidades que vão além da competência do terapeuta

Uma vez ou outra, todos os terapeutas tratam de um caso que pode ser até fascinante, mas que está além da sua competência (mesmo aqueles que continuam a se atualizar com aulas e literatura especializada). Foi o caso envolvendo uma jovem que passara a frequentar um culto que exigia a esterilização como parte do processo de iniciação. Depois de abandonar esse culto, sentiu-se seriamente deprimida e culpada. Conduziu-se uma pesquisa, na busca de um clínico especializado nesse tipo de trauma.

4. Conflitos de interesse

Existem muitos casos em que o conflito de interesses é óbvio, como testemunhar como especialista em um caso no qual o advogado é amigo do cliente. Entretanto, alguns casos envolvem questões mais sutis. Um deles, por exemplo, envolvia um terapeuta cuja esposa pediu que atendesse a uma antiga amiga que se mudara recentemente. O terapeuta reconheceu, acertadamente, que neste caso o tratamento ficaria comprometido pela pressão de mostrar-se especialmente “brilhante” e bem-sucedido, para o bem da paciente e de sua esposa.

Como evitar o erro

1. A primeira sessão pode terminar com uma pergunta resumida, como “com base no que conversamos aqui hoje, sou o terapeuta certo para você continuar o seu tratamento?” Assim, você estará avisando que o cliente controla a opção de continuar ou parar. Normalmente, os clientes sentem-se fortalecidos com tal pergunta e raramente respondem com o desejo de interromper o tratamento.

2. O contrato deve estipular que quando uma das partes decidir interromper o tratamento, o cliente será convidado a participar de uma sessão final e retrospectiva, na qual paciente e terapeuta podem rever a decisão, e o terapeuta faz as indicações profissionais que achar adequadas.

Erro nº 43

Falhas ao seguir os procedimentos corretos de encerramento

Assim como existem procedimentos apropriados para o início de tratamento, também é necessário adotar uma abordagem sistemática para o processo de encerramento. Ele não é separado do processo terapêutico, portanto, assim como existem protocolos de tratamento, existe um protocolo de encerramento envolvendo os seguintes itens:

1. Discussões sobre o encerramento deveriam, se possível, ser de natureza colaborativa, assim como toda a terapia. Felizmente, a tomada conjunta de

decisões tem sido parte dos procedimentos terapêuticos, desde o estabelecimento dos objetivos até as atividades fora do consultório e opções de tratamento. O encerramento da terapia também deveria ser um processo no qual ambas as partes apresentam suas perspectivas, levando a um planejamento de comum acordo sobre o encerramento.

Chad resolvera suas dificuldades para integrar seus filhos adultos de um casamento anterior à sua nova família, sendo que sua esposa atual resistira muito a essa integração. Porém, Chad continuava a agendar as consultas, na qual quase nada de novo ocorria. Então, ambos conversaram e o terapeuta afirmou que gostava muito de conversar com Chad, mas que não havia clareza quanto ao objetivo da terapia. Chad afirmou que seria pelos “problemas da vida”. Na tentativa de comportar-se de forma adequada, o terapeuta pediu que Chad fizesse uma lista deles. Chad disse que não eram grandes, mas que surgiam no dia-a-dia. A partir daí, o terapeuta conduziu suavemente a conversa sugerindo que esse tipo de problemas poderia ser abordado com a família, os amigos, religiosos etc., e que um intervalo gradual entre consultas seria adequado.

2. Quando o encerramento do tratamento se torna iminente, é importante reservar tempo para refletir sobre o que o paciente aprendeu e o que mudar nas circunstâncias, o que pode indicar uma necessidade de retomar à terapia.

3. Forneça ao paciente as informações adequadas em relação aos cuidados continuados. Se o terapeuta sentir que as condições alcançadas são de encerramento unilateral, é importante recomendar a continuidade do processo terapêutico.

Como evitar o erro

1. Avalie regularmente os progressos do paciente. Se você e ele sentirem que estão ocorrendo progressos, tais diálogos poderão gerar esperança por ganhos maiores e também reforçarão o terapeuta e o cliente. Se o tratamento estiver estagnado, enfrentar o problema possibilita ações corretivas: uma mudança de abordagem, a verificação das rupturas de¹ parcerias ou a possibilidade de encerramento mútuo.

2. Considere a adequação do encerramento temporário da terapia. Para evitar um sentimento de abandono, uma das atividades das “férias” da terapia é agendar antecipadamente uma consulta de avaliação, para saber se é necessário indicar mais terapia.

3. Pergunte a um colega conceituado ao decidir se a indicação é adequada.

Um terapeuta que sabia como tratar comportamento compulsivo padrão, não sabia como lidar com um caso de dependência pornográfica pela internet e consultou um colega, para saber se deveria ou não indicar outro profissional para cuidar do caso. O colega avisou que ninguém ainda compreendia o melhor protocolo e que sua experiência básica certamente qualificava-o como uma boa opção terapêutica, mesmo sem experiência com este problema de

controle de impulso tão específico.

4. Faça com que o cliente compreenda com clareza as principais questões do encerramento e forneça as indicações adequadas. Mais uma vez, documente os procedimentos na sessão de encerramento.

5. Mantenha um acompanhamento, para saber se o paciente continuou o tratamento com outro terapeuta. Obtenha uma quitação (ou uma recusa escrita), para que você possa prover o colega com informações sobre o tratamento do paciente.

Erro nº 44

Falhas na interpretação do fim da terapia como abandono

Parece haver muito medo por parte dos terapeutas em relação ao abandono do paciente. Entretanto, o que constitui abandono não é a decisão de interromper o tratamento, mas a maneira através da qual o encerramento é administrado.

B. Benitez, 2004

Um bom encerramento pode parecer improvável; porém, os finais podem ser explicados ao cliente como uma graduação, e não uma perda. As complicações legais e éticas envolvendo o abandono do paciente podem ser evitadas, se ocorrerem as três condições a seguir:

1. Ter um motivo adequado para o encerramento.
2. Dialogar detalhadamente sobre os motivos para o encerramento.
3. Fornecer ao cliente informações relativas aos cuidados constantes.

No caso a seguir, não foram respeitados os pré-requisitos para um encerramento ético, levando a graves consequências para o terapeuta.

Uma terapeuta com anos de prática foi encaminhada ao Conselho como integrante de um processo de restabelecimento/ reintegração. Um paciente agredira verbalmente a terapeuta, acusando-a de incompetência, já que o progresso do tratamento foi mínimo. A terapeuta revidou, dizendo que se ela era tão ruim o paciente não precisava voltar às consultas. O paciente não retornou e fez uma reclamação formal junto ao Conselho.

1. Nenhum cliente deveria ter o tratamento encerrado quando estiver atravessando crises como as provocadas por um divórcio, trauma e luto. Também é o caso de clientes anteriormente hospitalizados ou com pensamentos suicidas.
2. O encerramento nunca deveria ocorrer somente do lado do terapeuta, como nos casos em que o tratamento está progredindo bem, mas o cliente está simplesmente desagradável, agressivo ou lento para absorver os conceitos terapêuticos.
3. O encerramento nunca deveria ocorrer abruptamente, e se houver algum risco de reclamação, deve ser feita por meio de uma carta para o paciente,

com uma cópia arquivada.

4. Sempre que possível, tente entrar em acordo mútuo sobre quando a terapia deve terminar, possibilitando sessões de acompanhamento periódico, se desejado.

Erro nº 45

Falhas ao preparar-se para lidar com o mito da terapia por tempo determinado

...examinando de perto, o apoio à pesquisa quanto às limitações de tempo desaparece e as verdadeiras evidências dos estudos mostram que os limites temporais são prejudiciais. A crença de que a pesquisa apoia a determinação de prazos só sobreviveu porque as evidências nunca foram avaliadas em detalhes.

I. Miller, 1996

Aqueles que trabalham com convênios enfrentam mais uma dificuldade no tratamento da saúde mental — a terapia por tempo determinado —, quando ela é determinada por uma análise institucional das necessidades de tratamento do paciente (feita pelos convênios). Com frequência, a visão do terapeuta das necessidades de tratamento do paciente é diferente do prazo estabelecido pelo sistema de seguro³. Portanto, nas discussões com as seguradoras/convênios, é imprescindível que os terapeutas estejam familiarizados com a “ciência” (ou com a falta dela) por trás das supostas vantagens da terapia por tempo determinado.

Parece que passamos da visão da terapia como um trabalho para toda a vida para o extremo oposto, onde o mais breve é melhor e o ideal é o mínimo. Certamente, as terapias de curta duração foram aplicadas com sucesso na solução de vários problemas; entretanto, quando isto ocorre, a determinação da duração do tratamento costuma ser feita por clínicos. Este cenário está longe da situação atual, na qual os sistemas conveniados impõem prazos de duração do trabalho e desestimulam o tratamento de longa duração.

O que mostra a pesquisa sobre o assunto? Muitos estudos, desde 1956, investigaram a terapia breve e foram utilizados pelos convênios para evidenciar sua eficácia. Porém, uma análise mais detalhada destes estudos, feita por Miller (1996), revela uma surpreendente falta de atenção quanto às variáveis corretas em muitas destas investigações.

Por exemplo, sete estudos mostraram, de fato, que os pacientes em tratamento de curto prazo obtiveram resultados equivalentes ou melhores que os em tratamento de longo prazo. Porém, em nenhum destes estudos os pacientes passaram por várias durações de tratamento; a decisão de encerramento da terapia foi feita pelo terapeuta e/ou paciente. Portanto, o sucesso dos pacientes nas terapias de curta duração é, provavelmente, resultante do fato de eles estarem em melhores condições psíquicas, necessitando de menos terapia.

Posteriormente, Miller apurou que os defensores da terapia breve ignoraram convenientemente que mais de 100 estudos descobriram uma correlação positiva entre a duração do tratamento e os resultados positivos. Além disso, uma pesquisa feita pela revista americana *Consumer Reports* com cerca de 3.000 pessoas, descobriu que os pacientes cuja duração da terapia foi determinada clinicamente, obtiveram melhores resultados em todos os pontos avaliados, inclusive na solução do problema, no progresso emocional geral e na satisfação do cliente (Seligman, 1995).

Conclusivamente, são poucas as evidências que sugerem que a terapia por tempo determinado, avaliada por uma agência externa, é até equivalente — mas não superior — à duração do tratamento determinada pelo clínico. Mesmo assim, a pressão externa continua.

Como evitar o erro

1. Nos casos que pareçam necessitar de mais sessões do que o estabelecido pelo convênio, fale sobre o assunto com o cliente e determine se é possível chegar a uma solução em conjunto. Algumas das soluções eficazes alcançadas por clientes e terapeutas são:

a. Diminuição da frequência quando o convênio não cobrir, mais as sessões.

b. Espaçamento entre as sessões, de acordo com a disponibilidade financeira do cliente e condições do seguro.

2. Explique ao cliente que a seguradora tentará arcar com o mínimo possível e que o terapeuta tem poucos poderes para mudar tal situação, já que a seguradora não possui interesse em manter o terapeuta feliz (nem deveria). Entretanto, as organizações têm um incentivo para agradar seus clientes, já que a sua satisfação pode influenciar na renovação do convênio. Portanto, lembre aos clientes que eles têm muito mais poder que seus terapeutas para receber mais suporte das seguradoras.

XII Como chegar ao desgaste total do terapeuta

Embora todos nós passemos por situações de sofrimento de formas diferentes, a literatura sobre o assunto mostra depressão moderada, leve ansiedade, esgotamento emocional e relacionamentos rompidos como resquícios normais de nossa autoimersão nos universos interiores das pessoas com problemas e que nos causam problemas.

J. L. Brady, F. L. Healy, J. C. Norcross e J. D. Guy, 1995

O principal sobre a função de um terapeuta é se doar. A profissão requer atenção total e única aos clientes, fornecendo suporte e estímulo em abundância e demonstrando paciência ilimitada e aceitação incondicional. A exigência de que os terapeutas “estejam à disposição dos pacientes” pode ser recompensadora, mas também acarretar um peso emocional. Por isso, muitos pacientes sentem falta de um apoio emocional de seus terapeutas. Quando estão “emocionalmente esgotados”, a habilidade para se doar fica seriamente comprometida.

Uma consequência grave da falta de cuidado do terapeuta com ele mesmo é o esgotamento. Maslach (1981) descreveu o esgotamento como uma síndrome que pode levar a sentimentos de baixa autoestima, exaustão emocional e despersonalização, uma condição na qual o terapeuta desenvolve atitudes negativas, cínicas com seus pacientes, com grandes probabilidades de abandonar a profissão. Portanto, a falta de cuidado consigo pode afetar todos os aspectos da vida pessoal e profissional do terapeuta.

A Dra. Julie especializara-se na área de casos de licença-saúde por incapacidade psicológica. Grande parte da sua carga de trabalho era ser “testemunha ocular” em casos muito polêmicos. Sua agenda tornou-se um pesadelo, pois ela cumpria, ao mesmo tempo, convocações em audiências, depoimentos e serviços diretos prestados aos clientes. Ela ficou cada vez mais cínica. Começou a olhar seus clientes como prováveis “trapaceiros que simulavam problemas para obter dispensa do trabalho”, os advogados como “tubarões” viciosos, e os juízes como egomaníacos irracionais. Ficou cada vez mais irritável e deprimida, esquivando-se das atividades sociais e de lazer. Por fim, o que chamou sua atenção foram as queixas formalizadas no Conselho de Psicologia por vários advogados a quem ela ofendeu. Então, percebeu que estava sobrecarregada e buscou tratamento.

Erro nº 46

Falhas ao monitorar seu próprio bem-estar

Uma das primeiras ferramentas de avaliação utilizadas pelos terapeutas para ajudar os pacientes a determinar as fontes, a frequência e os tipos de estresse que estão atravessando é a autoavaliação. O que é bom para os pacientes também é bom para seus cuidadores. É claro que os clientes costumam reclamar que não têm tempo para avaliar seus níveis de estresse, e os terapeutas com excesso de trabalho também podem usar a mesma desculpa. Na verdade, se você estiver ocupado demais para fazer uma autoavaliação, este já será um sinal claro de ter alcançado um ponto de sobrecarga.

A autoavaliação é um bom passo inicial, mas é possível agregar ainda mais informações precisas com amigos confiáveis, parentes ou colegas de trabalho. Os profissionais que trabalham com terapia em grupo costumam encontrar-se para discutir os casos e esta é uma ótima oportunidade para perguntarem uns

aos outros como se sentem emocionalmente e trocar experiências e energia. Esposas, maridos, amigos e até filhos também podem ser entrevistados para sabermos seu *feedback*, já que, em geral, são os observadores mais afiados de mudanças de humor ou dos níveis de energia. Às vezes, as informações que eles fornecem não são exatamente o que gostaríamos de ouvir e elas não costumam ser apresentadas com a mesma sensibilidade de um terapeuta. Mesmo assim, aqueles que nos conhecem melhor são os mais indicados para nos ajudar a detectar um problema antes que ele assuma proporções maiores.

Como evitar o erro

1. Integre — ou crie — um grupo de supervisão de terapeutas. Estes grupos podem ser formados a partir de uma prática em grupo, ou da sua rede de contatos com sua associação de classe.

2. Fique atento aos seguintes sinais ou causas de sobrecarga:

a. Consultas sempre com o mesmo tipo de clientes.

b. Crescente irritabilidade com os pacientes.

c. Redução de interesse na profissão (leitura de jornais profissionais, conferências).

d. Adiamento cada vez maior de um retorno aos clientes ou do preenchimento de relatórios.

e. Agendamento ininterrupto de sessões, sem intervalos.

Erro n° 47

Falhas ao dosar trabalho e lazer

Quanto trabalho é exagerado? Esta é uma questão em que você deve confiar nos seus instintos. No estudo feito por Maslach, anteriormente citado, a exaustão está diretamente relacionada à atitude do terapeuta em relação à quantidade de pacientes que atende. Então, se o número parecer excessivo, provavelmente é isto mesmo. Mas uma coisa é notar que é preciso diminuir a carga de trabalho, e outra é realmente fazer algo para resolver o problema. Após passar anos estruturando uma ampla e consistente base de referências, diminuir o ritmo parecerá um padrão comportamental totalmente estranho. Além disso, é difícil recusar clientes indicados por colegas e antigos pacientes, por temor de que estas fontes sequem com o tempo, se você recusar as indicações.

Como evitar o erro

1. Aumente seu quociente “D e R” (descanso e recreação). Se você estiver exagerando em alguma coisa, utilize as técnicas disponíveis para ajudá-lo a relaxar. As mais conhecidas, são as várias escolas de meditação, ioga e tai chi. O simples relaxamento muscular, o trabalho com imagens e o *biofeedback* serão igualmente eficazes, mas não trabalham com os aspectos exótico, social e espiritual, que tornam as opções orientais tão atraentes.

2. Evite o lazer muito competitivo. Embora existam muitas oportunidades de lazer, é importante evitar a tendência a adotar uma opção de lazer onde a competição e a excelência sejam essenciais. Portanto, praticar ioga, juntar-se a uma equipe mista de futsal, ou fazer caminhadas são atividades mais indicadas do que a participação em esportes altamente competitivos.

Erro n° 48

Falta de atenção aos limites da “zona de conforto” do ambiente

Dê uma olhada ao redor do seu espaço de trabalho. Os seres humanos são altamente influenciáveis pelo que vêem e a estética do ambiente de trabalho pode contribuir para o senso de bem-estar (principalmente o dos nossos clientes). O objetivo deveria ser criar um ambiente no qual o cliente e o terapeuta sintam-se em casa: móveis confortáveis, uma garrafa de café, quadros interessantes nas paredes. Nosso local de trabalho fala muito sobre nossas personalidades e, silenciosamente, os clientes captam sinais sutis sobre quem somos. Um espaço limpo, organizado e aconchegante para o paciente é um reflexo do terapeuta que ali trabalha.

Como evitar o erro

1. Lembre-se de que muitos pacientes são extremamente sensíveis ao ambiente. Palavras de um paciente: “Quando minha mente está uma bagunça, a última coisa que desejo é estar em um ambiente bagunçado”.
2. Se você estiver em dúvida sobre a estética, faça como os terapeutas quando estão com um caso difícil: “consulte” um profissional capaz de criar um ambiente de trabalho confortável. Vários programas sobre decoração mostram que bom gosto não custa uma fortuna e que os benefícios para os olhos e o espírito não têm preço.

Erro n° 49

Superespecialização

As vidas das outras pessoas, suas esperanças, suas ideias, suas metas, suas aspirações, seus sofrimentos, seus medos, seu desespero, sua raiva, tudo está em foco. Fora do microscópio iluminado, perdemos de vista nossas próprias necessidades.

C. Rogers, 1995

Há algumas décadas, a maioria dos terapeutas era generalista e atendia os pacientes com uma ampla gama de reclamações. Hoje existem cada vez mais áreas de especialização: distúrbios alimentares, violência doméstica, guarda de crianças, abuso e distúrbios sexuais, entre algumas. Em geral, aqueles que trabalham nestas áreas atendem clientes somente com problemas relacionados às suas especializações. Por um lado, especializar-se ajuda a ganhar experiência e encontrar um nicho terapêutico. Por outro, a falta de novidades e desafios pode levar a um risco cada vez maior de esgotamento.

Como evitar o erro

1. Varie seu foco clínico. Um terapeuta que lida exclusivamente com avaliações de guarda de filhos é voluntário em uma clínica de atendimento gratuito, para evitar a superespecialização. Outra forma de variar a prática clínica é ser o orientador de um estagiário ou de recém-formado.

2. A melhor maneira de se reciclar é acrescentar diversidade às atividades profissionais. Isto pode acontecer, por exemplo, desenvolvendo e ensinando em palestras de educação continuada, envolvendo-se em organizações/associações profissionais e participando de pesquisas. Por último, talvez você tenha na cabeça material suficiente para escrever um livro, só esperando por uma oportunidade.

Com todos os desafios enfrentados pelos terapeutas nos dias de hoje, é importante lembrar-se de que a maioria está muito satisfeita com seu trabalho e faria tudo novamente. Um dado interessante: comparados aos pesquisadores, os clínicos estão mais satisfeitos com suas vidas e mais propensos a sentir que seu trabalho exerceu influência positiva. Outros estudos mostram que os terapeutas sentem que seu trabalho transformou-os em pessoas melhores, mais sábias e conscientes, além de aumentar a sua capacidade de aproveitar a vida (Radeke e Mahoney, 2000). Portanto, enquanto lutamos com as exigências da carreira que escolhemos, nunca devemos perder de vista os enormes benefícios e privilégios que acompanham a participação no trabalho terapêutico.

XIII Considerações finais: a capacidade humana de recuperação

Subestimando a capacidade humana de recuperação

A maioria das pessoas lida bem com tudo... a grande maioria supera acontecimentos traumáticos e o consegue surpreendentemente bem. Apenas uma pequena parcela—de 5 a 15% — luta de maneira a indicar que precisa de ajuda.

G. Bonano, 2004

Em 1998, foi feito nos Estados Unidos um dos mais polêmicos estudos da psicologia. Seu tema principal era a avaliação da saúde mental em longo prazo das vítimas de abuso sexual infantil. Para grande revolta dos “especialistas” na área, os pesquisadores Bruce Rind, Philip Tromovitch e Robert Bauserman descobriram que, com exceção do incesto entre pai e filha, quando o bem-estar das vítimas adultas era comparado com o das não-vítimas, os que haviam sofrido abuso tinham apenas níveis um pouco mais elevados de distúrbios como alcoolismo, depressão, ansiedade e problemas alimentares. As críticas contrárias ao estudo, publicado no respeitável *Psychological Bulletin*, foram tão intensas e amplas que o Congresso Americano aprovou uma resolução condenando o estudo.

Apesar dos resultados desse e de outros estudos, ainda existe uma tendência arraigada na área da psicologia: quando coisas ruins acontecem às pessoas, é provável que elas sofram consequências negativas em longo prazo, a não ser que algumas ações que promovam a cura sejam indicadas”. Tradução: “quando as coisas ficam difíceis, é preciso ir a um psicólogo”. Porém, os fatos não comprovam este ponto de vista. George Bonano estudou as reações de muitas pessoas que passaram recentemente por processos de viuvez. A sabedoria convencional diz que somente por meio do “luto apropriado” a pessoa poderá elaborar e recuperar-se de tal perda; porém, descobriu-se algo contrário. “A maior reação foi de recuperação: a maioria das pessoas que acabaram de passar por uma das experiências mais dolorosas de suas vidas nunca entraram em profunda depressão, mas passaram por um breve período de sintomas de luto e, logo, voltaram às suas vidas normais” (Rind et al., 1998).

A lição aqui é dupla. Uma delas: a ciência nem sempre nos dá as respostas pelas quais esperamos. Precisamos ter as mentes suficientemente abertas para adaptar nossos pensamentos e nossas práticas quando isto ocorrer. A segunda: o espírito humano é muito mais resistente do que imaginamos. Em 1974, uma pesquisa de grandes proporções investigou o efeito dos fatores ambientais adversos 'sobre o desenvolvimento das crianças em Kauai, no Havaí (Werner, 1994). Eram crianças cujos pais, em sua maioria, eram alcoólatras, divorciados e viviam em situação financeira difícil. Como esperado, muitas daquelas crianças lutaram, ao longo de sua infância e juventude, com

problemas comportamentais, delinquência e problemas emocionais. Porém, a maioria ajustou-se bem e suas vidas ficaram normais. As crianças “recuperadas” não precisaram de terapia para desenvolver-se bem; elas precisaram apenas de apoio complementar no período de crescimento, como um avô ou professor que se interessasse um pouco mais por elas.

Timothy Wilson, da Universidade da Virgínia, escreveu que as pessoas nem sempre apreciam seu poder de recuperação. Então, quando procuram terapia, subestimam sua capacidade de lidar com a adversidade. Como terapeutas, nossa grande contribuição pode ser melhorar as crenças dos nossos clientes em suas próprias forças, fontes e resistência internas.

Assim como esperaríamos resistência da parte dos nossos clientes, precisamos, também, reconhecer nosso próprio poder de recuperação, a resistência que pode nos capacitar a enfrentar nossas falhas profissionais ocasionais nas nossas tentativas de “compreender os padrões individuais dentro dos múltiplos padrões da condição humana, a mais complicada de todas as espécies.” (Skovhold e Jennings, 2005).

Devido ao escopo do desafio que assumimos, é inevitável que, às vezes, nos desviemos das nossas metas. Porém, como disse o lendário treinador de basquete Johnny Wooden, o sucesso não é uma questão de nunca falhar, mas sim de “paz, que é um resultado direto da autossatisfação de saber que você fez o esforço para tornar-se o melhor que consegue ser” (Wooden, 2005).

Apêndice A

Questionário de autoavaliação do terapeuta

O questionário a seguir foi utilizado no programa de treinamento de graduados da Chapman University e baseia-se em itens coletados de várias ferramentas de avaliação. Esta ferramenta pode ajudar os clínicos a determinar se estão tratando dos principais fatores que influenciam os resultados terapêuticos positivos. A ferramenta de avaliação pode ser utilizada após uma entrevista inicial com um cliente e, também, periodicamente, ao longo do tratamento.

Harmonia terapeuta-cliente

O que eu disse ou fiz para que o cliente sinta que gosto dele?

De que forma mostrei respeito^ pelo meu cliente?

Quando expressei preocupação com o bem-estar do meu cliente?

Como mostrei que me importo com ele, mesmo quando ele faz coisas que não aprovo?

Clareza de objetivos e colaboração

O que eu fiz ou disse para saber se o cliente compreende por que estamos concentrando nossa atenção em questões específicas?

Como eu descobri se o cliente concorda com os objetivos específicos da terapia?

De que forma envolvi o cliente para que ele colaborasse no desenvolvimento dos objetivos? ■

'Lição de casa' (atribuições)

Ofereci uma análise racional clara da atividade?

Verifiquei quais são os obstáculos para a realização da atividade?

Colaborei com apoio para aumentar o sucesso da atividade?

Fiz uma revisão das atribuições não executadas para determinar os obstáculos?

Esperança

O que eu disse ou fiz para aumentar o otimismo do cliente em relação aos resultados da terapia?

De que forma comuniquei minha experiência para lidar com questões como as apresentadas pelo cliente?

Expectativas

O que eu disse ou fiz para descobrir as expectativas do meu cliente?

Como esclareci as responsabilidades do-cliente na terapia?

Apêndice B4

Instrumentos de avaliação: questões clínicas

Depressão

Escala Beck — BDI -Depressão

Cunha, Jurema Alcides (Versão Brasileira)

Ansiedade

Escala Beck — BDI -Ansiedade

Cunha, Jurema Alcides (Versão Brasileira)

IFP — (Inventário Fatorial de Personalidade)

Pasquali, Luiz; Azevedo, Maria Mazzarello; Ghesti, Ivânia

EFN — Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo

Hutz, Cláudio Simon; Nunes, Carlos Henrique Sancineto da Silva

Fobia Social

EFS — Escala Fatorial de Socialização

Hutz, Cláudio Simon; Nunes, Carlos Henrique Sancineto da Silva

IHS — Inventário de Habilidade Social

Prette, Almir e Zilda A. P. del

Abuso de Substâncias (Álcool)

IECPA Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool

Gouveia, J. Pinto; Ramalheira, Carlos; Robalo, Margarida T; Borges, J. Costa; Almeida, J. Rocha

ISSL — Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos

Lipp, Marilda Emmanuel Novaes

Assertividade

EFEX — ESCALA FATORIAL DE EXTROVERSÃO

Hutz, Cláudio Simon; Nunes, Carlos Henrique Sancineto da Silva

Literatura recomendada

I. Como errar antes mesmo de começar a terapia

Coles D. (1995). *A pilot use of letters to clients before the initial session*. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy n.16, p. 209-213, 1995.

Levine, J. L., Stolz, J. A. & Lacks, P. (1993). *Preparing psychotherapy clients: Rationale and suggestions*. Professional Psychology: Research and Practice, n. 14, p. 317-322, 1983.

Murstein, B. I. E Fontaine, P. A. (1993). *The public's knowledge about psychologists and other mental health professionals*. American Psychologist n. 48, p. 839-845, 1993.

Wilcoxon, S. A. (1991). *Clarifying expectations in therapy relationships: Suggestions for written guidelines*. Journal of Independent Social Work n. 5, p. 65-71.

II. Como fazer avaliações incompletas

Brehm, J. (1966) *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.

Dejon, P. & Miller, S. D. (1995). *How to interview for clients strengths*. Social Work n. 40, p. 729-735.

Horvath, A. T. (2003). *Sex, drugs, gambling, and chocolate: A workbook for overcoming addictions*. Atascadero, CA: Impact Publishers.

Mcconnaughy, E., Prochaska, J. & Velicer, (1983). *W. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles*. Psychotherapy n. 20, p. 368-375.

III. Como ignorar a ciência

Irving, J. A. e Williams, D. I. (1999). *Personal growth and personal development: Concepts clarified*. British Journal of Guidance & Counselling n. 27, p. 517-526.

Mahoney, M. J. *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books, 1991,

Williams, D. I. & Irving, J. (1999). *A. Why are therapists indifferent to research?* British Journal of Guidance and Counseling n. 27, p. 367-376.

IV. Como evitar a colaboração do cliente

Anderson, H. (2001). *Postmodern collaborative and personal-centered therapies: What would Carl Rogers Say?* Journal of Family Therapy n. 23(4), p. 339-360.

PHILLIPS, J. (1992). *Collaboration with one's client*. Arts in Psychotherapy n, 19(4), p. 295-298.

V. como destruir o relacionamento terapeuta-paciente

ALEXANDER, L. B., HARBERJ, P. & LUBORSKY, L. (1993). *On what bases do patients choose their therapists?* Journal of Psychotherapy Practice and Research n. 2, p. 135-146.

Beutler, L. E., Clarkin, J., Crago, M. & Bergan, J. (1991). *Client-therapist matching*. In: C. R. SNYDER & D. R. FORSYTH (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*, p. 699-716. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Bongar, B., Markey, L. A. & Peterson, I. G. (1991). *View on the difficult and dreaded patient: A preliminary investigation*. Medical psychotherapy: An International Journal n. 4, p. 9-16.

Cramer, D. & Takens, R. J. (1992). *Therapeutic relationship and progress in the first six sessions of individual psychotherapy: A panel analysis*. Counselling Psychology Quarterly n. 5, p. 25-36.

Dorken, H. & Vandenboa, B. (1986). *Characteristics of 20,000 patients and their psychologists*. In: H. Dorken, B. E., Bennett, L. G., Carpenter, N. & Cummings E P. Deleon (Eds.), *Professional psychology in transition: Meeting today's challenges*, p. 2-43. San Francisco: Jossey-Bass.

Hathcer, R. L. & Barends, A. W. (1996). *Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures*. Journal of Consulting and Clinical Psychology n. 64, p. 1326-1336.

Mallen, M. J., Vogel, D. L. & Rochlen, A. B. (2005). *The practical aspects of online counseling*. The Counseling Psychologist n. 33, p. 776-818.

VI. Como estabelecer os limites errados entre o terapeuta e o cliente

Gabbard, G. O. (1994). *The special place of the erotic transference in psychoanalysis*. Psychoanalytic Inquiry n. 14, p. 483, 498.

Guthell, T. G. & Gabbard, G. O. (1993). *The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk management dimensions*. American Journal of Psychiatry n. 150, p.188-196.

Johnston, S. H. & Farber, B. A. (1996). *The maintenance of boundaries in psychotherapeutic practice*. Psychotherapy n. 33, p. 391-402.

Katherine, A. (1998). *Boundaries. Where you end and I begin*. New York: MJF Books.

Mathews B. (1980). *The use of therapist self-disclosure and its potential impact on the therapeutic process*. Journal of Human Behavior and Learning n. 6, p. 25-29.

Satran, G. (1991). *Some limits and hazards of empathy*, Contemporary Psychoanalysis n. 27, p. 737-748.

VII. Como fazer com que o paciente não se envolva no cumprimento das metas

Kazantzis, N. Deane, F. & Ronan, K. R. (2000). *Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis*. Clinical Psychology: Science and Practice n. 38(4), p. 365-372.

Woody, J. D. (1990). *Clinical strategies to promote compliance*. American Journal of Family Therapy n.18, p. 285-294.

VIII. Como piorar atitudes que já são ruins

Cooper, J., Mirabile, R & Scher, S. J. (2005). *Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance*. In: T. C. BROCK & M. C. GREEN (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives*. 2 ed., p. 63- 79, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Holtforth, M. G., Castonguy, L. G., Borkover, T. D. (2004). *Expanding our strategies to study the process of change*. Clinical Psychology: Science and Practice n. 11(4), 396-404.

Johnson, D. (1980), *Attitude modification methods*. In: F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. New York: Pergamon.

IX. Como evitar o confronto com os pacientes

Gans, J.S. & Counsellman, E.F. (1996). *The missed session: A neglected aspect of psychodynamic psychotherapy*. Psychotherapy, n. 33, p. 43-50.

Salerno, M., Farber, B. A., McCullough, I., Winston, A. & Trujillo, M. (1992). *The effects of confrontation and clarification on patient affective and defensive responding*. Psychotherapy Research n. 2, p. 181-192.

X. Como fazer com que os clientes recusem o uso de remédios

Biondi, M. (1995). *Beyond the brain-mind dichotomy and toward a common organizing principle of pharmacological and psychological treatments*. Psychotherapy and Psychosomatics n. 64, p. 1-8.

Sarwer-Forer, G. J. (Ed.). (1993). *Special section: Psychotherapy and pharmacotherapy*. American Journal of Psychotherapy n. 47, p. 387-423.

XI. Como não encerrar a terapia

Cheston S, E. (1991). *Making effective referrals. The therapeutic process*. New York: Gardner.

Koss, M. P. (1979). *Length of psychotherapy for clients seen in private practice*. Journal of Counseling and Clinical Psychology n. 471, p. 210-212.

Lazarus, A. (Ed.). (1996). *Controversies in managed mental health care*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Poelstra, P. L. & Brown, C. K. (1993). *Therapeutic termination: How psychotherapists say good-bye*. Psychotherapy in Private Practice n. 12, p. 73-82.

Tuckfelt, S., Fink, J. & Warren, M. (1997). *The psychotherapists' guide to managed care in the 21st century*. Northvale, NJ: Aronson.

Tryon, G. S. & Kane, A. S. (1995). *Client involvement, working alliance, and type of therapy termination*. Psychotherapy Research n. 5, p. 189-198.

XII Como chegar ao desgaste total do terapeuta

Gérson, B. (Ed). (1996). *The therapist as a person: Life crisis, life choices, life experiences, and their*

effects on treatment. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Gilels, T. R., Prial, & M. E Neims, D. M. (1993). *Evaluating psychotherapies: A comparison of effectiveness.* International Journal of Mental Health n. 22, p. 43-65.

West, A. *The risks of burnout.* In C. Cordess & M. Cox (Eds.). (1996). *Forensic psychotherapy: Crime psychodynamics and the offender patient: Vol. 2. Mainly Practice,* p. 229-240. London. Jessica Kingsley.

Williams, M. B. & Sommer JR., J. F. (1995). *Self care and the vulnerable therapist* In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-Care issues for clinicians, researchers & educators,* p. 230-246. Lutherville, MD: Sidran Press.

XIII. Considerações finais: o poder da capacidade humana de recuperação

Blatt, S.J., Sanslow, C.A., Zuroff, D.C. & Pilkonis, P.A. (1996). *Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program.* Journal of Consulting and Clinical Psychology n. 66, p. 1276-1284.

Bonano, G. (1991). *Human resilience.* New Yorker, p. 72-74. Nov./2004.

Curtis, R. C. & Stricker, G. (Eds.), (1991). *How people change: Inside and outside therapy.* New York: Plenum.

Masson, J. M. (1988). *Against therapy: Emotional tyranny and the myth of psychological healing.* New York: Antheneum.

Skovolt, T. & Jennings, L. (2005). *Mastery and Expertise in Counseling.* Journal of Mental Health Counseling n. 2, p. 13-18.

Wooden, J. (2005). *Wooden on leadership.* New York: McGraw-Hill.

Literatura em português

Glasser, W. (2001) *A teoria da escolha: uma nova psicologia de liberdade pessoal*. São Paulo: Mercuryo,

–. (1983). *Saúde mental ou doença mental? A psiquiatria ao alcance de todos*. Rio de Janeiro: Record.

Hayes, Bob. (2001). *Medindo a satisfação do cliente: desenvolvimento e uso de questionários*. Rio de Janeiro: Qualitymark.

Lazarus, A. A. (1998). *Psicoterapia breve e abrangente: o sistema multimodal*. São Paulo: Organização Andrei.

–. (2008). *De bem com a vida: dicas práticas para se livrar do estresse e da ansiedade e adotar uma maneira de pensar mais positiva*. Rio de Janeiro: Sextante.

Mahoney, M. J. (1998). *Processos humanos de mudança: as bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

– e Neimayer, R. (1997). *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.

Maslach, C. e Leiter, M. (1999) *Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*. Campinas: Papirus. Masson, J. M. (1984). *Atentado à verdade: a supressão da teoria da sedução por Freud*. J. Olympio, Rogers, C. *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU, 2002.

Winnicott, D. W. (1994). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Yalom, I. (2006). *Os desafios da terapia: Reflexões para pacientes terapeutas*. Rio de Janeiro: Ediouro.

Referências bibliográficas

- Acosta, F. X. (1980). *Self-described reasons for premature termination of psychotherapy by Mexican American, Black American, and Anglo-American patients*. Psychological Reports, 47, 435-443.
- Auger, R. (2004). *What we don't know can hurt us: Mental health counselors' implicit assumptions about human nature*. Journal of Mental Health Counseling n.26, p.13-24.
- Barrett, M., & Berman, J. (2001). *Is psychotherapy more effective when therapists disclose Information about themselves?* Journal of Consulting and Clinical Psychology n. 69.
- Barrett-Lennard, G. (1981) *The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept*. Journal of Counseling Psychology, n. 28, p. 91-100.
- Benitez, B. (2004). The decision to terminate therapy. The Therapist, Nov/Dec, p. 2-14.
- Beutler, L., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. Philadelphia: Brunner/Mazel, Inc.
- Bloom, B. L. (1992). *Planned short-term psychotherapy: A clinical handbook*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bonano, G. (Nov/2004). *Human Resilience*. New Yorker, p.72-74.
- Booraem, C. D., Flowers, J. V., & Schwartz, B. (1993). *Group therapy client outcome and satisfaction as a function of the counselors use of rapid assessment instruments: As influenced by levels of Computer assistance*. Proceedings of the 1992, p.72-135. Western Psychological Association.
- Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2003) *Comparison of four operational definitions of premature termination*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training n.4, p.226-231.
- Heatner, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1993). *Effects of brief counseling among heavy drinkers on general hospital wards*. Drug and Alcohol Review n. 15, p.29-38.
- Hellman, I. D., Morrison, T. L., & Abramowitz, S. I. (1987). *Therapist flexibility/rigidity and work stress*. Professional Psychology: Research and Practice n.18, p.21-27.
- Hermansson, B. (1997), *Boundaries and boundary management*. British Journal of Guidance and Counseling n. 25, p.133-146.
- Hong, S.-M., & Page, S. (1989) *A psychological reactance scale: Development, factor structure and reliability*. Psychological Reports n. 64, p.1 323-1326.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1989). *Development and validation of the Working Alliance Inventory*. Journal of Counseling Psychology n. 36, p.520-556.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). *The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis*. Journal of Counseling Psychology n. 38, p.1 39-149.
- House, R. (1977). An approach to *time-limited humanistic-dynamic counselling*. British Journal of Guidance & Counselling, n.25.
- . *The dynamics of professionalism: A persona!* View of counseling research. *Counselling* n. 8, p.200-204.1997.
- Hoyt, M. F., Xenakis, S. N. & Marmar, C. R. (1983). *Therapist actions that influence their perceptions of good therapy hours*. Journal of Nervous & Mental Disease n. 171, p.400-404.
- Hunsley, J., Aubry, T., Verstervelt, C., & Vito, D. (1999). *Comparing therapist and Client perspectives on reasons for psychotherapy termination*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training n.36, p.380-388.
- Hynan, D. J. (1990). *Client reasons and experiences in treatment that influence termination of psychotherapy*. Journal of Clinical Psychology n. 46, p.891-895.
- Insel, T., & Charney, D., *Research on major depression: Strategies and priorities*. JAMA: Journal of the American Medical Association n. 289, p. 3167-3168.
- Irving, J. A. & Williams, D. I. (1999). *Persona! growth and personal development: Concepts clarified*. British Journal of Guidance & Counselling n. 27, p. 517-526.
- Iwanicki, E., & Schwab, R. (1981). *A cross validation study of the Maslach Burnout inventory*.

- Educational and Psychological Measurements n, 41, p. 1167-1174.
- Jennings, L., Sovereign, A., & Botorff, N. (2005). *Nine ethical values of master therapists*. Journal of Mental Health Counseling n. 27, 32-47.
- Johnson, D. (1980). *Attitude modification methods*. In: F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. New York: Pergamon.
- Karno, M., Beutler, L. & Harwood, T. (2002). *Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: A preliminary report*. Addictive Behaviors n. 5, p. 779-799.
- Kassan, L. (1999). *Second opinions: Sixty psychotherapy patients evaluate their therapists*. New York: Aronson.
- Katherine, A. (1998). *Boundaries: Where you end and I begin*. New York: MJF Books.
- Kazantzis, N., Deane, F., & Ronan, K. R. (2000). *Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis*, Clinical Psychology: Science and Practice n. 38(4), p. 365-372.
- Keith-Spiegel, P., & Koocher, G. (1985) *Ethics in psychology*. New York: Random House.
- Klerman, G. (1984) *interpersonal therapy of depression*. New York: Aronson.
- Klonoff, E. (1997). *Preventing misdiagnosis of women: A guide to psychiatric disorders that have physical symptoms*. Newbury Park, CA. Sage.
- Lambert, M. (1992). *Psychotherapy outcome research*. In: J. NORCROSS S. M. GOLDFRIED (Eds.), *Handbook of therapy integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M., & Barley, D. (2001). *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training n. 38, p. 357-361.
- Lazarus, A. A., & Fay, A. (1977). *I can if I want to*. New York: Warner Books. Re-issued in 2000 by FMC Books, Essex, CT.
- Lazarus, A. A., & Lazarus, C. *The 60-second shrink: 101 strategies for staying sane in a crazy world*. Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Lazarus, A. A. (2002). *A huge dose of humility*. In: J. A. KOTTLER & J. CARLSON (Eds.), *Bad therapy: Master therapists share their worst failures* (pp. 33-42). New York: Brunner-Routledge.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Maslach, C. (1991). *Maslach Burnout Inventory*. Mountain View, CA: Consulting Psychologists Press.
- Matross, R. (1975). *Socratic methods in counseling and psychotherapy*. Dissertation Abstracts n. 36 (4-b), p. 1924.
- McConaughy, E., Prochaska, J., & Velicer, W. F. (1983). *Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles*. Psychotherapy n. 20, p. 368-375.
- Meyer, B., Pilkonis P. A., Krupnick, J. L., Egan, M., Simmens, S. & Sotsky, S. (2002). *Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*. Journal of Consulting and Clinical Psychology n, 70, p. 1051-1055.
- Miller, W. R. (1990). *Motivational interviewing with problem drinkers*. Behavioural Psychotherapy n.11, p.147-172.
- Miller, I. (1996). *Time-limited brief therapy has gone too far: The result is invisible rationing*. Professional Psychology: Research and Practice. n. 27.
- Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, L. (1991). *Early dropouts from psychotherapy*. The Journal of Nervous and Mental Disease, n, 179, p. 478-481,
- Monk, G. (1997). *Narrative therapy in practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Myers, W. (1982). *Shrink dreams*. New York: Simon and Schuster.
- Palmer, S. E., Brown, R. A., & Barrera, M. E. (1992). *Group treatment program for abusive husbands: Long-term evaluation*. American Journal of Orthopsychiatry n. 62(2), p. 276-283.
- Pope, K., & Bajt, T. (1988). *When laws and values conflict: A dilemma for psychologists*. American Psychologist n. 43, 828-829.

- Prochaska, N. (2001). *Stages of change*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* n. 28, 443-448.
- Radeke J. T., & Mahoney, M. J. (2000). *Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists*. *Professional Psychology: Research and Practice* n. 31, 82-84.
- Reis, B., & Brown, L. (1999). *Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, n. 36, 36-38.
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). *A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples*. *Psychological Bulletin* n. 124, p. 22-53.
- Rogers, C. (1955). *The necessary and sufficient of therapeutic personality change*. *Journal of Consulting Psychology* n. 21, p. 95-103.
- , C. (1995). *A way of being*. New York: Mariner Books.
- Sachse, R. (1990). *The influence of therapist processing proposals on the explication process of the client*. *Person Centered Review* n. 5, p. 321-344.
- Sealy, R. (2001). *Finding care for depression*. North York, Canada: SEAR Publications.
- Seligman, M. (1995). *The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study*. *American Psychologist* n. 50, p. 965-974.
- Skovolt, T., & Jennings, L. (2005). *Mastery and expertise in counseling*. *Journal of Mental Health Counseling* n. 2, p. 13-18.
- Strokes, J., & Lautenschlager, G. (1978). *Development and validation of the Counselor Response Questionnaire*. *Journal of Counseling Psychology* n. 25, p. 157-163.
- Strupp, H., & Bloxom, A. (1973). *Preparing lower class patients for psychotherapy: Development and evaluation of a role-induction film*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* n. 4, 373-384.
- Strupp, H., Fox, R., & Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sullivan, M., Skovhold, T., & Jennings, L. (2005). *Master therapists' construction of the therapy relationship*. *Journal of Mental Health ; Counseling* n. 27, 48-70.
- Teyber, E., & McClure, F. (2000). *Therapist variables*. In: C. R. SNYDER & R. E. INGRAM (Eds.). *Handbook of psychoanalytic change*. New York: John Wiley and Sons.
- Walen, S. R., Diguseppe, R., & Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to Rational-Emotive Therapy*. New York: Oxford University Press.
- Wall, J., Needham, T., & Browning, D. (1999). *The ethics of relationality: The moral views of therapists engaged in marital and family therapy*. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies* n. 48, p.139-149.
- Watkins, C., & Schneider, C. (1991). *Research in counseling*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Webster, M. (1991). *Emotional abuse in therapy*. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* n. 12, p. 137-145.
- Werner, E. (1994). *Children of the Garden Island*. In J. S. DELOACHE (Ed.), *Current Readings in Child Development*, 2. ed., p. 1-7. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Wilkins, P. (2000). *Unconditional positive regard reconsidered*. *British Journal of Guidance and Counselling* n. 28, p. 23-36.
- Williams, D., & Irving, J. (1999). *Why are therapists indifferent to research?* *British Journal of Guidance & Counselling*, p. 367-376.
- Winnicott, D. W. (1997). *Babies and their mothers*. New York: Addison Wesley.
- Wooden, J. (2005). *Wooden on leadership*. New York: McGraw-Hill.
- Wrightsmann, L. S. (1992). *Assumptions about human nature: Implications for researcher and practitioners*, 2. ed. Newbury Park, CA: Sage.
- Yalom, I. (1997). *Theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Como **falhar na relação?**

Os 50 erros que os terapeutas mais cometem

Bernard Schwartz, Ph.D.

John V. Flowers, Ph.D.

Este livro é um guia útil para profissionais experientes e também para os que estão iniciando a prática clínica ou em estágio de formação terapêutica. Aponta os erros que podem acarretar prejuízo aos clientes e, em muitos casos, até mesmo levá-los a desistir do tratamento ou a procurar outros terapeutas que lhes pareçam mais capacitados, atentos, preparados. A obra propicia uma reflexão sobre o trabalho, apresenta as dúvidas mais comuns e propõe alternativas para lidar com as dificuldades profissionais.

Notas

[←1]

Embora o termo *cliente* seja mais indicado, também utilizamos paciente ao longo deste livro, para evitar redundâncias.

[←2]

N.R.: A prescrição é feita obrigatoriamente por um médico, que deve atuar em comum acordo com o terapeuta.

[←3]

No Brasil, os planos e os seguros de saúde estão obrigados a incluir a cobertura de psicoterapia entre os procedimentos, conforme Resolução Normativa 167/07 da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/> No entanto, o número de sessões é limitado a 12 (doze) por ano.

Todos os instrumentos listados neste apêndice são de uso exclusivo para psicólogos, e são publicados pela Casa do Psicólogo®